N 1-3

1936 R

higjena psychiczna

HIGIENA PSYCHICZNA

ORGAN POLSKIEJ LIGI HIGIENY PSYCHICZNEJ
ORAZ ZAKŁADÓW POZNAŃSKIEGO SAMORZĄDU WOJEWÓDZKIEGO

REDAKTOR NACZELNY:
Oskar BIELAWSKI

REDAKTOR
POLSKIEJ LIGI HIGIENY PSYCH.:
Józef HANDELSMAN

13

№ 1—3. ROK 1936.

Z FUNDUSZÓW: ZAPOMOG. POZNAŃSKIEGO SAMORZĄDU WOJEW.
-:- -:- ORAZ POLSKIEJ LIGI HIGIENY PSYCHICZNEJ. -:- -:-

CZCIONKAMI I DRUK. WOJEWÓDZK. SANATORIUM DLA NERWOWO-CHORYCH W KOŚCIANIE

Prof. STEFAN BOROWIECKI.

DZIEDZICZNOŚĆ W CHOROBACH UMYSŁOWYCH I JEJ ZWALCZANIE.

W czasie, kiedy zagadnienie obezpłodnienia w postaci kastracji czy sterylizacji jest na tyle aktualne, że szereg państw wprowadza u siebie ustawowo obezpłodnienie w tej czy innej postaci jako najskuteczniejszy środek zapobiegający niektórym chorobom umysłowym, koniecznością staje się uprzytomnienie sobie jego podstaw naukowych.

Nasuwają się tu przede wszystkim pytania, czy istotnie usposobienie do chorób umysłowych dziedziczy się, jakie to są choroby umysłowe, które rozwijają się na tle t. zw. obarczenia dziedzicznego i czy istotnie obezpłodnienie jest najlepszym środkiem zwalczania tych niepożądanych zjawisk.

Odpowiedź na pytania te nie jest łatwa. Kwestia ta jest bowiem zagadnieniem biologicznym, a dla rozwiązania jej u człowieka nie mamy do rozporządzenia metod biologicznych, jak metoda cytologiczna czy doświadczalna. Musimy zatem rozstrzygać problem przy pomocy metody statystycznej lub genealogicznej, a właściwie ich kombinacyj, które przedstawiają rodzaj surogatów metod biologicznych. Trudności umiejętnego i owocnego użycia tych metod w badaniach nad dziedzicznością w chorobach umysłowych sprawiły, że mimo dość dawno wyrażonych przypuszczeń co do dziedziczności usposobienia do chorób umysłowych uzyskały oparcie naukowe stosunkowo niedawno.

Fakt, że w jakiejś rodzinie stwierdzano chorobę umysłową u kilku członków należących do jednego czy kilku pokoleń, nie może być sam przez się dostatecznym dowodem dziedziczności. Bez wątpienia rzadkość jakiejś cechy patologicznej stwierdzonej kazuistycznie przy wykluczeniu innych przyczyn, może przemawiać na korzyść wpływu dziedzicznego w jej powstawaniu, wpływ ten pozostanie jednak tylko przypuszczeniem, dopóki nie poznamy częstości występowania tej cechy w różnych rodzinach i nie wykluczymy działania innych czynników nozologicznych. Od niebezpiecznej kazuistyki, której błędem podstawowym jest podkreślanie wyników dodatnich, należało zatem przejść dla udowodnienia skłonności do chorób umysłowych do właściwej statystyki.

Liczne próby stosowania metoty statystycznej przez długi czas nie dawały jednak wyników przekonywujących. Częstość „psychoz dziedzicznych", podana w krytycznym zestawieniu badań nad dziedzicznością w psychozach, w r. 1896, przez Grassmanna za Eulenburgiem, waha się według różnych autorów w granicach bardzo szerokich; podczas gdy Jarvis ocenia częstość tę na 4%, Moreau określa ją na 90%. Rozbieżność ta, zdajemy sobie dzisiaj z tego jasno sprawę, wynikała ze zbyt różnorodnego ujmowania zagadnienia dziedziczności, a także niejednolitego stosowania metody statystycznej przez różnych autorów. Pozatem wszystkie statystyki, zestawione przez Grassmanna, dotyczyły tylko obarczenia dziedzicznego umysłowo chorych, brak było natomiast statystyki porównawczej obarczenia dziedzicznego ludzi umysłowo zdrowych, od której przede wszystkim należało się spodziewać wyjaśnienia kwestii usposobienia dziedzicznego do chorób umysłowych. Dopiero w r. 1895 Jenny Koller, a w r. 1905 Diem, dali nam w sposób jednolity przeprowadzoną i na wielkim materiale opartą statystykę porównawczą ludzi umysłowo zdrowych i umysłowo chorych.

Krytyczne badania tych autorów, uwzględniające stale ten sam zakres pokrewieństwa i te same czynniki obarczające, wykazały, że obarczenie dziedziczne chorobami umysłowymi jest także udziałem ludzi zdrowych. Podczas gdy obarczenie wszystkimi czynnikami obarczającymi we wszystkich rozpatrywanych stopniach pokrewieństwa wynosiło, według Diema (Tabl. I.), u chorych umysłowo 78%, u ludzi zdrowych stanowiło ono 67%.

TABLICA I.

ZABURZENIA PSYCHICZNE W POKREWIEŃSTWIE ZDROWYCH (1193) I CHORYCH UMYSŁOWO (1850) WEDŁUG OBLICZEŃ DIEMA

Dziedzicznie obarczonych przez	Obarczenie bezpośrednie		Obarczenie pośrednie		Obarczenie boczne		Obarczenie ogólne	
	zdrowych	chorych	zdrowych	chorych	zdrowych	chorych	zdrowych	chorych
Choroby umysłowe	2,2	18,1	4,0	10,0	1,0	9,3	7,2	37,4
Choroby nerwowe	5,7	1,0	1,3	0,2	1,2	0,8	8,2	2,0
Alkoholizm	11,5	13,3	4,9	1,8	1,3	0,9	17,7	16,0
Otępienie starcze	1,4	1,4	4,8	1,5	—	—	6,2	2.9
Dziwactwa charakt.	5,9	12,8	3,7	0,7	1,0	1,5	10,6	15,0
Udar mózgowy	5,9	3,2	9,7	0,7	0,5	0,2	16,1	4,1
Samobójstwo	0,4	0,5	0,6	0,3	0,1	0,2	1,1	1,0
	33,0	50,3	29,0	15,2	5,1	12,9	67,1	78,4

Przy bliższej analizie tej statystyki porównawczej można było jednak stwierdzić bardziej znaczne różnice między obarczeniem ludzi zdrowych umysłowo i umysłowo chorych. Z jednej strony różne czynniki obarczające, jak choroba umysłowa, zboczenia charakteru, samobójstwo, alkoholizm, choroby nerwowe, udar mózgu, czy otępienie starcze, niejednakowo rozkładają się na różne stopnie badanego pokrewieństwa, z drugiej strony niejednakowo obarczają one zdrowych i chorych umysłowo. Pod względem stopni pokrewieństwa najczęstsze jest u ludzi chorych umysłowo obarczenie bezpośrednie (ze strony rodziców), później boczne czyli kollateralne (ze strony rodzeństwa), obarczenie pośrednie lub atawistyczne zdaje się natomiast nie mieć wielkiego znaczenia. Przyjęte zaś przez D i e m a czynniki obarczające, wywierają również w świetle tej statystyki wpływ niejednakowy. Chorzy umysłowo są obarczeni więcej od zdrowych chorobą umysłową i zboczeniami charakteru, zdrowi zaś okazują się więcej, niż chorzy, obarczeni chorobami nerwowymi, udarem mózgu i otępieniem starczym. Samobójstwo i alkoholizm obarczają mniej więcej jednakowo zdrowych i chorych umysłowo. Obarczenie bezpośrednie chorobami umysłowymi wynosi u chorych umysłowo 18,1%, u zdrowych 2,2%. Śledząc równocześnie wpływ czynników obarczających w różnych stopniach pokrewieństwa, przekonywujemy się, na podstawie tablicy D i e m a, o jeszcze większym znaczeniu dziedziczności usposobienia do chorób umysłowych. Obarczenie chorobami umysłowymi jest według niej większe u ludzi

chorych umysłowo we wszystkich stopniach pokrewieństwa, wynosi ono mianowicie w obarczeniu bezpośrednim, bocznym i pośrednim 37,4%, w przeciwstawieniu do 7,2% u ludzi zdrowych umysłowo.

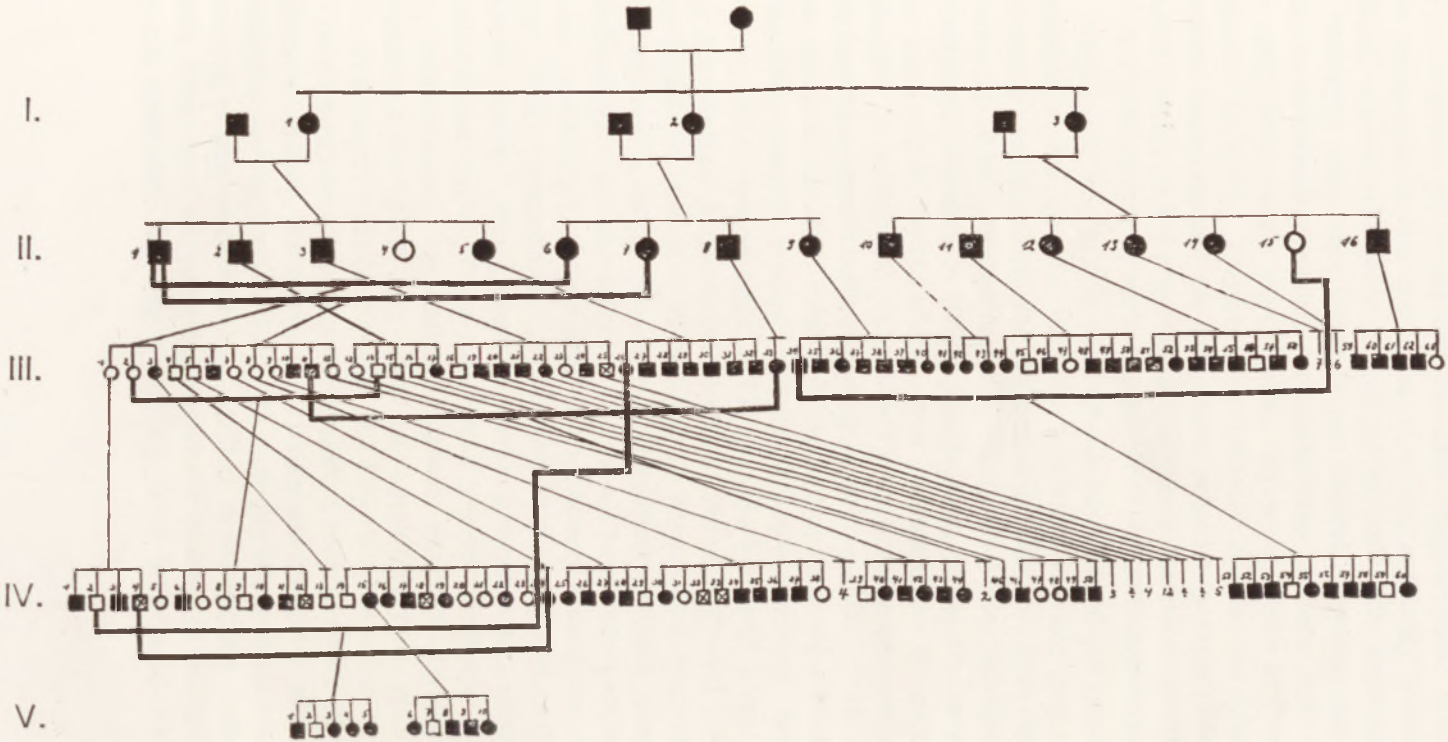
Statystyka obarczenia dziedzicznego chorych umysłowo, opracowana na podstawie materiału szwajcarskiego zakładu Asile de Cery przez Morawskiego, zgadza się w ogólnych zarysach z wynikami Diema. Znalazł on obarczenie ogólne wszystkimi czynnikami obarczającymi we wszystkich stopniach pokrewieństwa w 79,65%, z czego 29,46% przypada na obarczenie chorobami umysłowymi, a 19,96% na bezpośrednie obarczenie chorobami umysłowymi.

Wielką rolę dziedziczności w powstawaniu niektórych chorób umysłowych można wykazać niekiedy w sposób jaskrawy przy pomocy metody genealogicznej albo indywidualno-analitycznej, jak mówi Weinberg, w której statystyka odgrywa już tylko rolę podrzędną. Jako przykład przytoczę tu tablicę genealogiczną jednej z opisanych przeze mnie rodzin, ciężko obarczonych usposobieniem do chorób umysłowych, w której rola usposobienia dziedzicznego narzuca się naszej uwadze w sposób bardzo wyraźny i przekonywujący. (Tabl. II). Wśród mniej więcej 200 członków tej rodziny dało się odnaleźć 40 umysłowo chorych, z pośród których 22 było badanych przez lekarzy, w tem 7, przeze mnie. Z 22 chorych, badanych przez lekarzy, poza jednym przypadkiem otępienia starczego (III—2.) i jednym przypadkiem padaczki (IV—29.), w 14 przypadkach można było rozpoznawać z dużym prawdopodobieństwem psychozę maniakalno-depresyjną w rozumieniu Kraepelina, w 6 natomiast, psychopatię wykazującą pokrewieństwo z psychozą maniakalno-depresyjną. Opis 18 pozostałych przypadków choroby, stwierdzonej na podstawie tradycji ustnej, pozwalał także przypuszczać psychozę maniakalno-depresyjną. Otóż rozejrzenie się dokładniejsze w tablicy genealogicznej tej rodziny pozwala dostrzec wyraźne zwiększanie się liczby chorób umysłowych wśród tych szeregów potomstwa, których rodzice byli oboje obarczeni. Dotyczyło to więc z jednej strony dwóch członków tej rodziny, którzy zawarli związki małżeńskie z osobami dziedzicznie obarczonymi (II—2 i III—4), z drugiej strony tych, którzy pobrali się w pokrewieństwie, co ustaliłem w tej rodzinie siedmiokrotnie. Fakt, że u wszystkich potomków 9 podobnych małżeństw dało się stwierdzić chorobę umysłową, a w 5 zwracało uwagę

TABLICA II.

TABLICA GENEALOGICZNA

rodziny ciężko obarczonej dziedzicznie usposobieniem do chorób umysłowych.



OBJAŚNIENIE TABLICY II. [1]

Kwadraty oznaczają w tablicy tej mężczyzn, koła — kobiety. Linie poziome, łączące kwadraty i koła od dołu, oznaczają małżeństwa, taka sama linia gruba oznacza małżeństwo w pokrewieństwie. Linia prostopadła lub skośna, biegnąca w dół od linii małżeństwa, od kwadratu lub koła, oznacza potomstwo. Szereg rodzeństwa złączony jest linią łączącą kwadraty lub koła od góry. Linia ta nie jest zakończona w przypadkach, w których liczba ogólna rodzeństwa nie jest znana. Cyfry rzymskie po stronie lewej oznaczają pokolenie, cyfry arabskie wyznaczają miejsce kolejności w potomstwie. Celem oszczędzenia miejsca, kilka rodzin, w których wśród potomstwa choroby umysłowej nie stwierdzono, oznaczono liczbą. Ze względu na brak miejsca, nie umieszczono też w tablicy tej całego potomstwa pokolenia III (od III—26). Potomstwo pominięte, prócz jednego samobójstwa, nie przedstawiało jednak żadnych wyraźnych cech psychopatycznych. Kwadraty i koła czarne oznaczają zdrowych umysłowo, kwadraty i koła białe — osoby dotknięte psychozą maniakalno-depresyjną, tylko przypadek IV—29 przedstawia padaczkę, przypadek III—2 otępienie starcze. Kwadraty z wpisanym wewnątrz krzyżem oznaczają psychopatów, wykazujących pokrewieństwo z psychozą maniakalno-depresyjną.

Za szczególnie godne podkreślenia w tej tablicy uważam liczne występowanie chorób umysłowych wśród tych szeregów rodzeństw, których rodzice byli oboje obarczeni. Dotyczy to z jednej strony dwóch członków rodziny, którzy ożenili się z osobami dziedzicznie obarczonymi (II—2. i III—4.), z drugiej strony tych, którzy pobrali się w pokrewieństwie (zaznaczone w tablicy grubą linią od dołu).

---

[1]) Tablica ta przedstawia zmodyfikowaną tablicę umieszczoną w pracy mojej p. t. Badania genealogiczne trzech rodzin ciężko obarczonych usposobieniem do chorób umysłowych. Rozprawy Akademii Lekarskiej. T. I. (2).

liczne występowanie tej choroby wśród potomstwa, jest jasnym dowodem dziedziczności usposobienia do choroby umysłowej.

Na podkreślenie zasługuje w tej rodzinie częstość dziedziczenia bezpośredniego, a więc przenoszenia się usposobienia dziedzicznego bezpośrednio z rodziców na potomstwo. W pokoleniu, które udało mi się ogarnąć w najszerszych rozmiarach (IV), dało się stwierdzić dziedziczenie bezpośrednie na 21 rodzin 7 razy. Odpowiada to mniej więcej temu, co znaleźli inni badacze dla psychozy maniakalno-depresyjnej, którzy spotykali w niej dziedziczenie bezpośrednie w trzeciej części przypadków.

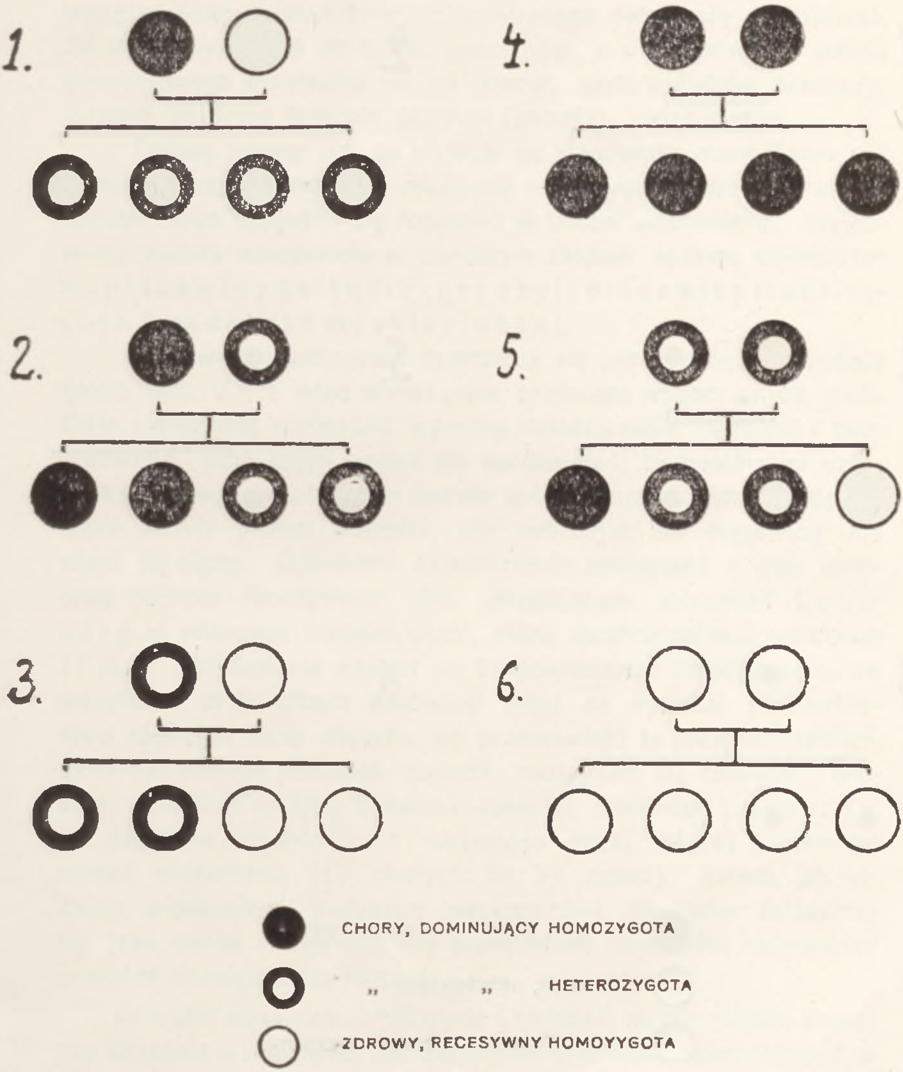
Nowy okres rozpoczął się dla nauki o dziedziczności w psychiatrii z chwilą, kiedy do badań tych wprowadzono zasady, jakimi posługują się w swych badaniach biologowie, a które doprowadziły do świetnego rozwoju doświadczalną naukę o dziedziczności, wiążącą się z imieniem M e n d l a.

Można się odnosić sceptycznie co do możliwości stwierdzenia w chwili obecnej zasad mendelizmu u człowieka w dziedzinie usposobienia do chorób umysłowych w całej rozciągłości, musimy się jednak zgodzić, że bez krytycznej próby rozpatrzenia usposobienia do chorôb umysłowych z punktu widzenia dziedziczenia rozszczepiającego, nie sposób powiedzieć w tej sprawie cośkolwiek pewnego. Nie idzie tu o pośpieszne przenoszenie nowych punktów widzenia, lecz raczej o stopniowe rozejrzenie się w zawiłych stosunkach ludzkich, odpowiednio do nowej problematyki i przygotowanie należycie opracowanego materiału do dyskusji. Musimy zatem dążyć do krytycznego ustalenia stosunków liczbowych, w jakich występują usposobienia do różnych chorób umysłowych.

W badaniach tych, nastawionych odpowiednio do wymagań współczesnej biologii, napotyka jednak psychiatra bardzo wielkie trudności. Z jednej strony bowiem nie może on, jak biolog, posługiwać się doświadczeniem, z drugiej strony tam, gdzie natura doświadczenie to wykonała, nie może on ogarnąć całkowitego możliwego potomstwa, które by mu pozwoliło ocenić wartość danego skrzyżowania, rodzina ludzka jest bowiem zbyt nieliczna. Musi on zatem zaczynać próbę ustalenia zasad dziedziczenia u człowieka w tej dziedzinie od wyszukiwania s k r z y ż o w a ń możliwie z punktu widzenia nauki M e n d l a j e d n o z n a c z n y c h, jak mówi R ü d i n, od zestawiania ich i klasyfikowania (patrz tabl. III i IV).

TABLICA III.

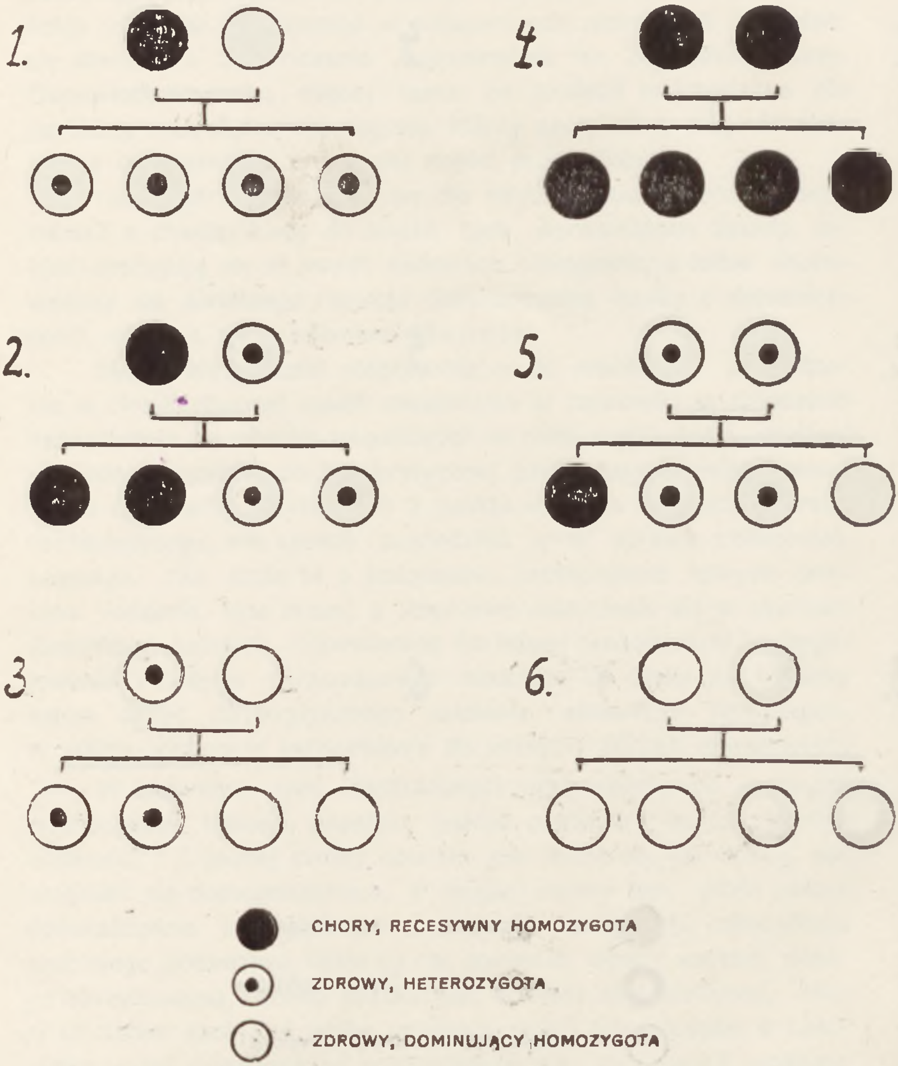
MOŻLIWOŚCI DZIEDZICZENIA PRZY CECHACH DOMINUJĄCYCH (RÜDIN) [1]



[1]) W najprostszym przypadku dziedziczenia rozszczepiającego.

TABLICA IV.

MOŻLIWOŚCI DZIEDZICZENIA PRZY CECHACH RECESYWNYCH (RÜDIN) [1]



[1]) W najprostszym przypadku dziedziczenia rozszczepiającego.

Punktem wyjścia jest przy tym psychiatria kliniczna, a więc, mówiąc językiem biologów, nauka o fenotypach klinicznych, czyli osobnikach o pewnym określonym wyglądzie zewnętrznym, a więc obrazie klinicznym. Przez ustalenie stosunków liczbowych poszczególnych fenotypów w występujących po sobie pokoleniach oraz uwzględnienie działań świata zewnętrznego należy się spodziewać, że dotrzemy kiedyś do t. zw. genotypów, a więc ustalenia składu genotypowego fenotypów — ich genów, czyli zadatków przekazywanych im przez komórki płciowe (gamety), rodzicielskie.

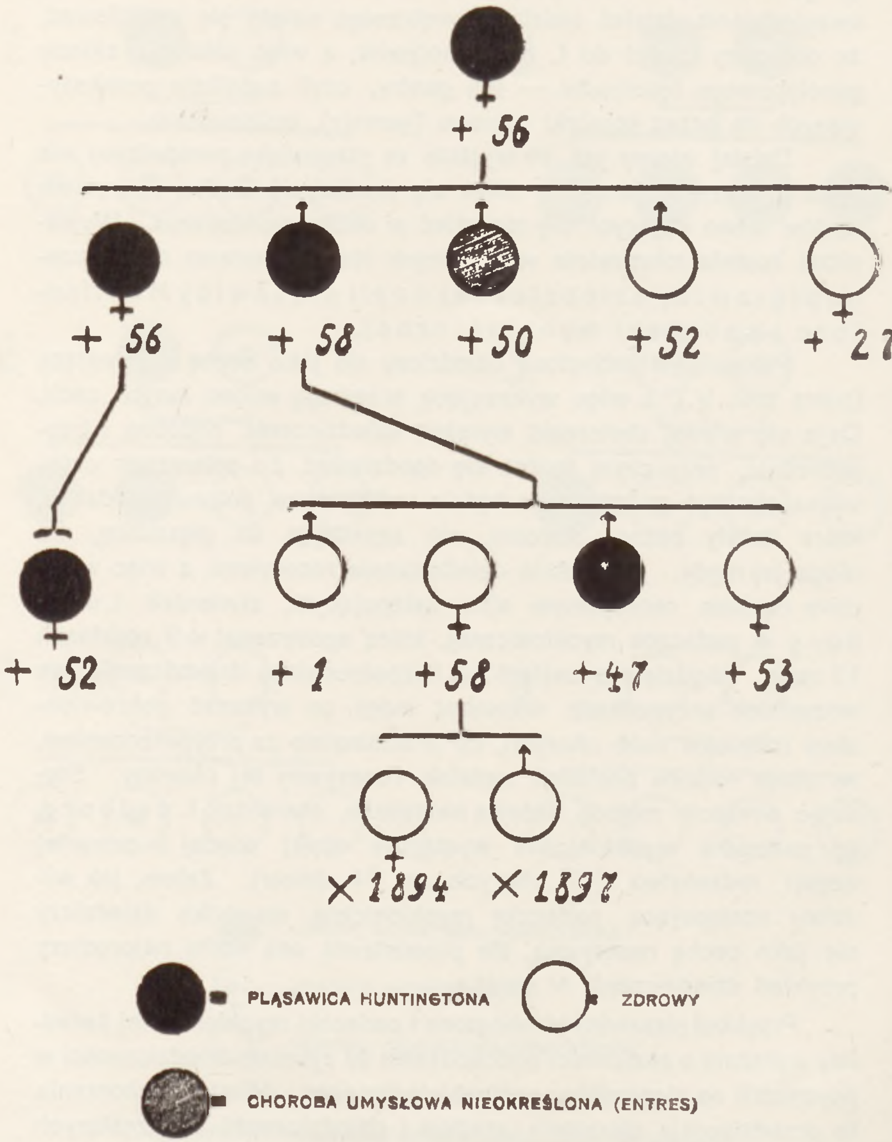
Dzisiaj wiemy już, że wyjście ze stanowiska mendelizmu nie tylko jest uzasadnione, ale może się poszczycić nadto wykryciem faktów łatwo dających się rozumieć w duchu mendelizmu. Wyjaśniona została mianowicie w znacznym stopniu sprawa dziedziczenia pląsawicy dziedzicznej czyli pląsawicy Huntingtona i padaczki myoklonicznej.

Pląsawicę Huntingtona dziedziczy się jako cechę dominującą (patrz tabl. V.), a więc wykazującą przewagę wobec innych cech. Daje się w niej stwierdzić wyraźne dziedziczenie podobne i bezpośrednie, przy czym można się spodziewać, że potomstwo człowieka chorego ze zdrowym będzie w 50% chore, potomstwo dzieci, które dożyły późnej starości, nie zapadając na pląsawicę, nie ulega jej nigdy. Odwrotnie dziedziczenie recesywne, a więc właściwe cechom recesywnym albo ustępującym, stwierdził Lundborg w padaczce myoklonicznej, którą spostrzegał w 9 rodzinach 17 razy. Nigdzie nie znalazł on bezpośredniego dziedziczenia, we wszystkich przypadkach natomiast mógł on wykazać pokrewieństwo rodziców osób chorych, co przemawiało za przypuszczeniem, że oboje rodzice posiadali zadatek recesywny tej choroby. Stosując wreszcie metodę badania rodzeństw, stwierdził Lundborg, że padaczka myokloniczna występuje mniej więcej u czwartej części rodzeństwa (17 chorych na 74 dzieci). Zatem, jak widzimy postępującą padaczkę myokloniczną nie tylko dziedziczy się jako cechę recesywną, ale przedstawia ona nadto najprostszy przykład dziedziczenia Mendla.

Przykład pląsawicy Huntingtona i padaczki myoklonicznej świadczy wyraźnie o słuszności podchodzenia do zjawisk dziedziczności w psychiatrii ze stanowiska ogólnobiologicznego. Niestety schorzenia te przedstawiają cierpienia rzadkie i dziedziczność najczęstszych chorób umysłowych nie da się dotychczas ująć jasno w ramy mendelizmu. Nie dowodzi to bynajmniej aby można było za-

TABLICA V.

TABLICA GENEALOGICZNA W PRZYPADKU PLĄSAWICY HUNTINGTONA.



niechać kierowania się w badaniach psychiatrycznych zasadami biologii. Przeciwnie, prace wykonane w „Niemieckim Zakładzie dla badań psychiatrycznych" przez Rüdina i jego współpracowników wskazują wyraźnie na owocność tych badań i konieczność ich kontynuowania.

Najdokładniej badano dotychczas najczęstszą chorobę umysłową schizofrenię (tabl. VI.). Ma ona występować, według obliczeń niemieckich, przeciętnie wśród ludności w 0,85%. Na 1000 ludzi można zatem przewidywać, że około 8 ludzi zapadnie na schizofrenię.

TABLICA VI.

KRĄG SCHIZOFRENICZNY.

Liczby przedstawiające prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii i innych anomalij psychicznych w pokrewieństwie chorego na tę psychozę.

	Prawdopodobieństwo wystąp. schizofrenii	Psychopaci schizoidalni	Inne typy anormalne	Razem typów podejrzanych pod względem eugenicznym
U rodzeństwa	7,50%	9,66%	16,30%	32,80%
u dzieci	9,10%	17,60%	22,60%	44,00%
u wnuków	2,42%	4,65%	27,00%	33,30%
u kuzynów	1,75%	9,80%	16,30%	25,90%
u dzieci rodzeństwa	1,72%	3,60%	9,50%	14,50%
u prawnuków	—	2,40%	16,70%	19,00%
natomiast wśród ludności przeciętnej	0,85%	2,90%	11,80%	15,60%

Tablica z podręcznika chorób nerwowych i umysłowych W. Weygandta według Luxenburgera.

W biologicznie nastawionych badaniach swoich nad dziedziczeniem i powstawaniem schizofrenii z r. 1916 stwierdza Rüdin możliwość występowania schizofrenii wśród potomstwa rodziców wolnych od tej choroby w 4,48%, a możliwość zachorowania na inne psychozy w 4,12%. Ilość schizofreników wśród potomstwa zwiększa się, jeśli jedno z rodziców cierpiało na schizofrenię, ilość ta wynosi wówczas 6,18%, a ilość innych psychoz dochodzi do 10,30%. Według późniejszych badań instytutu monachijskiego (Rüdin i jego szkoła), jeśli jedno z rodziców jest schizofrenikiem, ilość schizofreników wśród potomstwa wynosi 9,1%, a poza tym w 32—42% jest możliwość występowania wśród potomstwa osobowości psychopatycznych przypominających schizofrenię czy też inne choroby, wobec czego ogółem potomstwo w 43—52% jest nienormalne.

Na szczególną uwagę zasługują małżeństwa, w których oboje rodzice są schizofrenikami (Kahn). Wśród potomstwa ich stwierdzono schizofrenię w 53%, osobowości psychopatyczne,

schizoidalne, więc przypominające schizofrenię, w 29%; ogółem zatem 82% osób nienormalnych, przy czym 18% pozostałego potomstwa wprawdzie nie wykazywało żadnych zaburzeń psychicznych, chociaż dożyło ono dość znacznego wieku, niemniej dopiero śledzenie dalszych losów tych osób i ich dzieci pozwoli ocenić ich należycie co do ich usposobienia. Jakkolwiek brak dotychczas zadowalającego wyjaśnienia cyfr tych w sensie mendelizmu, to jednak cyfry wyżej podane świadczą wyraźnie o działaniu dziedziczenia.

Ciężej przedstawia się sprawa obarczenia dziedzicznego w psychozie maniakalno-depresyjnej (tabl. VII.).

TABLICA VII.

KRĄG MANIAKALNO-DEPRESYJNY.

Liczby przedstawiające prawdopodobieństwo wystąpienia psychozy maniakalno-depresyjnej i innych anomalij psychicznych w pokrewieństwie chorego na tę psychozę.

	Prawdopodobieństwo wystąp. psychozy mani.-depresyjnej	Psychopaci cyklotymiczni	Inne typy anormalne	Razem typów podejrzanych pod względem eugenicznym
U rodzeństwa	13,50%	3,10%	6,80%	22,50%
u dzieci	32,50%	17,30%	13,00%	60,50%
u kuzynów	2,50%	1,00%	10,30%	14,00%
u dzieci rodzeństwa	3,40%	2,00%	6,90%	11,50%
natomiast wśród ludności przeciętnej	0,44%	0,80%	14,36%	15,60%

Tablica z podręcznika chorób nerwowych i umysłowych W. Weygandta według Luxenburgera.

Jakkolwiek bowiem jest to cierpienie stosunkowo rzadziej spotykane, niż schizofrenia, występuje ono, jak podaje Rüdin, wśród ludności bawarskiej w 0,41%, a więc na 1000 ludzi można się jego spodziewać mniej więcej u 4 osób, skłonność zaś dziedziczenia przejawia się w nim w stopniu znaczniejszym.

Jeśli jedno z rodziców przechodziło psychozę maniakalno-depresyjną, to u 30—33% potomstwa stwierdza się także psychozę maniakalno-depresyjną, a conajmniej cyfra raz większa przedstawia osobowości psychopatyczne, przypominające psychozę maniakalno-depresyjną (psychopaci cykloidalni czy inne), ogółem zatem ilość nienormalnego potomstwa dochodzi do 60—66%.

Jeśli oboje rodzice są dotknięci psychozą maniakalno-depresyjną, to 62,5% dzieci zapada na nią, a w 37,5% znaleziono osobowości psychopatyczne cykloidalne, wszystkie zatem dzieci są w ten czy inny sposób nienormalne.

Można przypuszczać, że w padaczce samoistnej (epilepsia genuina), którą należy odróżniać od innych chorób, wywołujących niekiedy napady padaczkowe, obarczenie dziedziczne przedstawia się podobnie jak w schizofrenii (tabl. VIII.).

TABLICA VIII.

KRĄG PADACZKOWY.

Liczby przedstawiające prawdopodobieństwo wystąpienia padaczki czy innych anomalij psychicznych w pokrewieństwie chorego na padaczkę.

	Prawdopodobieństwo wystąpienia padaczki	Psychopaci padaczkowaci	Inne typy anormalne	Razem typów podejrzanych pod względem eugenicznym
U rodzeństwa	3%	19%	16%	38%
u dzieci	10%	nie zbadano		
u dzieci rodzeństwa	0,5 do 1%	16%	12%	29%
natomiast wśród ludności przeciętnej	0,3%	7%	9%	16%

Tablica z podręcznika chorób nerwowych i umysłowych W. Weygandta według Luxenburgera.

Wyniki badań w tym kierunku nie są jeszcze całkowicie pewne. Według różnych badaczy spotyka się wśród dzieci rodziców, z których jedno cierpiało na padaczkę, około 10% epileptyków, nie licząc innych zaburzeń psychopatycznych.

Na podkreślenie zasługuje tu zmiana, jaka zaszła w ostatnich latach, pod wpływem badań nad dziedzicznością, w zapatrywaniach na przyczyny niedorozwoju psychicznego. Do niedawna wątpiono, czy istnieje dziedziczny niedorozwój psychiczny. Dzisiaj niektórzy badacze twierdzą, że ogromna większość, bo około 80% wrodzonych defektów psychicznych nie da się połączyć z żadnymi przyczynami zewnętrznymi (choroby w łonie matki, czy uszkodzenia w czasie porodu), lecz ma swe źródło w odziedziczonych zadatkach. Badania nad dziedzicznością niedorozwiniętych są stosunkowo świeższej daty i nie dały jeszcze wyników dostatecznie jasnych. Jest możliwość, że istnieją różne postacie niedorozwoju psychicznego i różne są także ich rodzaje dziedziczenia.

Wiedza nasza o obarczeniu dziedzicznym niedorozwoju psychicznego jest niedostateczna, niemniej częstość tego niedorozwoju w społeczeństwie, większa, niż w innych zaburzeniach psychicznych, wysuwa ważność badań nad jego dziedzicznością na plan pierwszy. Częstość ta, według Rüdina wynosi 1%. Z góry można przewidzieć, że niedorozwinięci rzadko zawierają związki

małżeńskie z osobami pełnowartościowymi. Stokroć obiektywniej przemawiają jednak cyfry. Według źródeł niemieckich (G ü t t, R ü d i n, R u t t k e), wśród potomstwa osobników niedorozwiniętych psychicznie jest 33—50% niedorozwiniętych. Jeśli przy tym oboje rodzice są niedorozwinięci, odsetek niedorozwiniętych wśród dzieci dochodzi do 90%. Nawet, jednak pozornie normalne pod względem psychicznym, dzieci z tych rodzin mogą przekazywać zadatki niedorozwoju psychicznego dalszym pokoleniom. W sposób szczególnie przekonywujący dowodzi wpływu dziedzicznego w niedorozwoju psychicznym badanie metodą bliźniąt. U bliźniąt jednojajowych, a więc jednakowych pod względem odziedziczonych zadatków, występuje zgodność cech psychicznych w 88%, u bliźniąt dwujajowych, a więc niejednakowych co do swego dziedzictwa, tylko w 7% (S m i t h).

Nie będę tu omawiał roli obarczenia dziedzicznego przy alkoholiźmie, osobowościach psychopatycznych, u przestępców i w innych zaburzeniach psychicznych. Wiemy, że także przy nich musi być brana w rachubę dziedziczność. Udział jej nie da się w nich jednak uwydatnić tak jasno, jak w stanach omówionych dotychczas i wymaga dalszych, dokładnych i krytycznych badań.

Przytoczone tu wyniki żmudnych badań świadczą dostatecznie jasno o wielkim wpływie, jaki na kształtowanie się losów ludzkich, zarówno indywidualnie jak zbiorowo, posiada dziedziczenie. Zrozumiałe jest zatem dążenie do zajęcia c z y n n e g o s t a n o w i s k a względem tego wielkiego zła indywidualnego i społecznego, jakim jest dziedziczne usposobienie do chorób psychicznych. Dążenie to jest uzasadnione tym bardziej, że jako lekarze stoimy wobec cierpień tych bezsilni, a zadaniem naszym jest także zapobieganie powstawaniu chorób.

Wobec podobnego stanu badań nad dziedzicznością w chorobach umysłowych, świadczącego o wielkiej roli dyspozycji dziedzicznej w ich powstawaniu, zjawia się naturalne pytanie, czy posiadamy jakiś skuteczny sposób zwalczania tej dyspozycji dziedzicznej? Przekraczamy tu już jednak granice właściwe psychiatrii i wchodzimy w dziedzinę wiedzy zwanej h i g i e n ą r a s y, której zadaniem jest regulacja rozrodczości i stworzenie jak najkorzystniejszych warunków doboru oraz wskazanie najwłaściwszych środków działania. Otóż wiedza ta zwraca uwagę na niebezpieczeństwa zmniejszania się rozrodczości osobników pełnowartościowych, a z drugiej strony nieograniczonego rozmnażania się niedorozwi-

niętych i małowartościowych, a więc t. zw. zwyrodnienia rasy, i wysuwa sterylizację, osób posiadających usposobienie do chorób umysłowych, jako środek nie przynoszący szkody indywidualnej, a zarazem najlepiej odpowiadający tendencjom zbiorowym. Czy sterylizacja ta, która polega na podwiązaniu czy przerwaniu ciągłości nasieniowodów czy jajowodów, jest zatem istotnie najskuteczniejszym sposobem zwalczania usposobienia do schorzeń psychicznych? Przeciwnicy tego środka walki podnoszą przede wszystkim, że nawet zdrowi psychicznie mogą przenosić usposobienie do choroby umysłowej, a nawet chorzy umysłowo mogą mieć częściowo potomstwo zdrowe. Niepodobna temu zaprzeczyć, można im jednak odpowiedzieć, że chorzy umysłowo będą mieli na pewno więcej potomstwa chorego umysłowo, niż umysłowo zdrowi. Wynika stąd, że nie można wprawdzie usunąć całkowicie usposobienia do chorób umysłowych przez uniemożliwienie wydawania na świat potomstwa osobom niewątpliwie usposobienie to posiadającym, a więc osobom chorym umysłowo, sposób ten prowadzić jednak może do zmniejszenia schorzeń psychicznych w następnych pokoleniach.

O ile uzna się, że sterylizacja jest najwłaściwszym środkiem zwalczania usposobienia do chorób umysłowych, jest to sprawa oczywista, że decyzji w kwestii wydawania czy niewydawania na świat potomstwa nie można zostawić dobrej woli jednostki. O ile bowiem chętnie wyrzekaliby się potomstwa, nawet z dostatecznie nieuzasadnionych powodów, ludzie mający poczucie odpowiedzialności i wartościowi, nie szliby za tym wskazaniem alkoholicy, niedorozwinięci, przestępcy i liczni chorzy umysłowo. Skoro tylko zgodzilibyśmy się z uzasadnieniem sterylizacji, musiałaby ona być środkiem walki z pewną postacią zwyrodniania, nie dobrowolnym, lecz przymusowym.

Nasuwa się tu samo przez się pytanie, czy istnieją jakieś inne sposoby zwalczania dziedzicznego usposobienia do chorób psychicznych, które mogłyby sterylizację zastąpić? Czy przez oddziaływanie przy pomocy warunków zewnętrznych, a więc przez wychowanie, wykształcenie i odpowiednio obmyślane ustawy, możnaby tak przekształcić czy zahamować usposobienie dziedziczne, aby straciło ono całkowicie swoją szkodliwość? Stanowisko takie może się wydawać niewątpliwie także uzasadnione. Zjawia się jednak wówczas kwestia, na czym oprzeć ten system oddziaływania z zewnątrz i jak wprowadzić go w życie? Gdyby to było możliwe, było by to niewątpliwie przeciwstawienie ste-

rylizacji czegoś bardzo cennego i pozytywnego. Realizacja na wielką skalę podobnego pomysłu byłaby jednak przedsięwzięciem niemniej rewolucyjnym, wymagającym zmiany ustaw społecznych i również budzącym liczne zastrzeżenia, jak sterylizacja. Byłby to bowiem eksperyment sprzeczny z naszym doświadczeniem o dziedziczności usposobienia do chorób umysłowych i także nie mogący zapewnić rezultatów pod każdym względem pomyślnych. Gdyby nawet wprowadzenie podobnego, z góry obmyślonego systemu oddziaływania na usposobienie dziedziczne, było możliwe, musiałoby się ono liczyć z wielkim prawdopodobieństwem przegranej. Konsekwentne wprowadzenie tego systemu wymagało by między innymi, ze względu na wielką rolę rodziców w rozwoju jednostki, izolacji osób obarczonych przed ujemnym wpływem chorych psychicznie rodziców. Łatwo sobie wyobrazić trudności urzeczywistnienia podobnego planu.

Niemniej, istotnie wpływ warunków zewnętrznych przy powstawaniu chorób umysłowych musi być badany i wyświetlany, zwłaszcza, jeśli mimo wszystko należy go brać w rachubę przy zwalczaniu usposobienia do tych chorób. Najwięcej spodziewać się można pod tym względem od systematycznych badań nad bliźniętami. W związku z kwestią tą badacze niemieccy starają się nie tylko poznać samo usposobienie do choroby umysłowej, ale zastanawiają się nadto nad prawdopodobieństwem wystąpienia choroby umysłowej i starają się określić je tam, gdzie niema wątpliwości co do istnienia usposobienia do niej. Interesujące prace w tej sprawie ogłosili Bruno Schulz i Luxenburger. Pierwszy rozpatruje prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii na podstawie analizy rodzinno-biologicznej szeregów rodzeństw w odpowiednio dobranych rodzinach i na podstawie badania potomstwa małżeństw między schizofrenikami, drugi — na podstawie badań bliźniąt jednojajowych, które można traktować jako osobniki równoznaczne pod względem usposobienia dziedzicznego.

Schulz dochodzi do wniosku, że prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii jest, zależnie od rodziny, różne. Może to zależeć jednak od „środowiska genotypowego", albo „paratypowego", a więc od warunków zewnętrznych rozwoju danego osobnika. Otóż sprawę tę oświetlają w pewnym stopniu badania nad bliźniętami jednojajowymi. Prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii jest wśród bliźniąt jednojajowych największe, wahania w ujawnieniu się usposobienia

do schizofrenii są najmniejsze. Wśród dzieci rodziców schizofreników prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii jest nieco mniejsze, wahania w jej występowaniu — znaczniejsze. Luxenburger wnioskuje stąd, że wśród potomstwa schizofreników odgrywa większą rolę środowisko genotypowe, wśród bliźniąt jednojajowych otoczenie paratypowe. Z zestawień cyfrowych przyjmuje on, że tylko 69 do 81% ludzi usposobionych do schizofrenii staje się schizofrenikami, a u 19 do 31% ludzi usposobionych do tego schorzenia warunki zewnętrzne uniemożliwiają ujawnienie się tego usposobienia. Wpływ otoczenia genotypowego zdaje się wynosić według tego autora niespełna połowę ogólnego wpływu otoczenia zewnętrznego. Wpływ otoczenia paratypowego przewyższa zatem nieco wpływ otoczenia genotypowego.

Na zakończenie zacytuję tu dwa autorytatywne oświadczenia czołowych przedstawicieli psychiatrii niemieckiej wypowiedziane na dorocznym zjeździe psychiatrów niemieckich dn. 24. V. 1934 w Monastyrze, którego główne obrady toczyły się dokoła obowiązującej od d. 1. I. 1934 w Niemczech „Ustawy o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu". Klinicysta Bumke, kończąc swój wykład o psychiatrii klinicznej i eugenice, powiedział: „zdajemy sobie wszyscy dobrze sprawę, że prawo to (ustawa o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu) postawiło nas nie tylko wobec ważnych praktycznych, ale także wielkich naukowych zadań. Będziemy musieli jeszcze wiele nauczyć się, aby zapobiegać chorobom dziedzicznym, a równocześnie nie przeszkadzać ludziom wartościowym w wydawaniu na świat potomstwa zdrowego. O tyle praca nasza w najbliższych latach będzie w znacznej części stale poświęcona badaniom dziedziczności chorób umysłowych". Na tym samym zjeździe badacz dziedziczności w psychiatrii Rüdin w wykładzie swoim na temat psychiatrii i higieny rasy zwrócił z naciskiem uwagę na wielką rolę psychiatry z punktu widzenia rasy. „Psychiatra" — mówił, „który widzi codziennie tyle niedającej się słowami wyrazić nędzy, jest powołany w pierwszym rzędzie głosić pieśń nad pieśniami o zdrowiu, o zdolnościach, sile i dobroci. Są one najwyższym dobrem człowieka, podstawą szczęścia, rodziny, państwa, w ogóle kultury całej. Najlepsze otoczenie, najlepsza religia nie mogą uszlachetnić złoczyńcy, najgorętsza modlitwa nie usunie chorego usposobienia dziedzicznego".

W związku z cytowanymi wyżej słowami Bumkego pozwolę sobie tu przypomnieć zawiłe stosunki, łączące usposobienie ludzi genialnych z psychopatią, które w ostatnich czasach próbował szeroko przedstawić Kretschmer. Jeszcze Seneka powiedział: „Non est magnum ingenium sine mixtura dementiae". Niezmiernie ciekawa jest pod tym względem okresowość w życiu Goethego, na którą zwrócił uwagę Moebius. W swych fazach depresyjnych był on oschły, miewał napady złego humoru i był jałowy w życiu twórczym, w okresowo powracających stanach hipomaniakalnych powstały natomiast niemal wszystkie jego genialne dzieła. Psychopatyczne podłoże, które u tego wielkiego poety wyrażało się w spotęgowaniu twórczości, u jego siostry Kornelii wybuchało w ciężkich atakach choroby umysłowej. Z licznych przykładów Kretschmera zacytuję tu jeszcze trzech wodzów duchowych rewolucji francuskiej: Rousseau, Mirabeau i Robespierre. Ten ostatni jest psychopatą schizoidalnym i synem człowieka chorego umysłowo. Mirabeau wywykazuje usposobienie psychopatyczne o zabarwieniu hipomaniakalnem i przeszłości awanturniczej, a Rousseau wpada w obłęd z urojeniami prześladowczymi.

Istnienie u ludzi genialnych tego, co Kretschmer nazywa „współczynnikiem psychopatologicznym", podobnie jak istnienie w dziedzinie usposobienia do schorzeń psychicznych licznych faktów trudnych do interpretacji, których omawianie nie jest celem niniejszej pracy, nie powinno jednak zasłaniać obrazu dziedziczenia w jego zasadniczych i najcięższych przejawach.

Streszczając, można zatem powiedzieć, że nauka o dziedziczności usposobienia do chorób umysłowych ma już dzisiaj do rozporządzenia fakty, nad którymi nie można biernie przejść do porządku dziennego. Nie zmienia pod tym względem nic okoliczność, że istnieją także kwestie sporne, czekające na wyjaśnienie i nie pozwalające na rokowanie zawsze niekorzystne.

Ogrom zła indywidualnego i zbiorowego, jakie choroba umysłowa przedstawia czy stwarza, wymaga dla zwalczania go działania planowego i zbiorowego, a więc przede wszystkim państwowego. Skoro bezsilni jesteśmy wobec jednostki chorej, a choroba jej zagraża potomstwu, o potomstwo w pierwszym rzędzie musimy się troszczyć. Próba zmniejszenia częstości cho-

rób umysłowych w następnych pokoleniach przy pomocy sterylizacji, podjęta na szeroką skalę w Niemczech, jest mimo wszystkich krytyk i zastrzeżeń eksperymentem konsekwentnie wynikającym z dzisiejszego stanu nauki o dziedziczności w chorobach umysłowych. W każdym bądź razie ze stanowiska społecznegc i państwowego wysuwa się na plan pierwszy zapobieganie potomstwu obarczonemu dziedzicznie w niedorozwoju psychicznym pochodzenia dziedzicznego.

Sądzę, że w polityce ludnościowej trudno odmówić państwu, w razie wątpliwości co do wskazań sterylizacyjnych ze względów eugenicznych, prawa kierowania się także względami społecznymi. Jaskrawym przykładem pod tym względem jest prawodawstwo duńskie, które nie uwzględnia wskazań eugenicznych dla sterylizacji, przewiduje ją natomiast ze wskazań socjalnych. Można mieć wątpliwości, czy oligofrenia w jakimś konkretnym przypadku jest cierpieniem dziedzicznym czy nabytym, można być jednak pewnym, że osobnik dotknięty oligofrenią nie jest zdolny utrzymać i wychować swego potomstwa.

Zaznaczę wreszcie z naciskiem, że, jeśli idzie o stosunki polskie, to przyłączam się do zdania Łuniewskiego i Pieńkowskiego i sądzę, że byłoby wskazane, aby próby ustawowego zwalczania usposobienia do chorób umysłowych były poprzedzone przez podjęcie na szeroką skalę krytycznych badań nad dziedzicznością w psychiatrii. Trudno jest bowiem wprowadzać ustawy zwalczające usposobienie do chorób umysłowych ze wskazań eugenicznych, nie mając materjału własnych statystycznych badań, które możnaby porównać z wynikami badaczy niemieckich. Przeprowadzenie badań nad rolą dziedziczności w powstawaniu chorób umysłowych, które można by zestawić z opiniami szkoły niemieckiej pod tym względem, miałoby wielkie znaczenie zarówno ze stanowiska teoretycznego jak i praktycznego. Pod względem teoretycznym mogłoby się ono przyczynić do wyjaśnienia kwestii prawdopodobieństwa występowania choroby umysłowej, pod względem bardziej praktycznym przyczyniłoby się ono do wyrobienia opinii lekarskiej i społecznej i przygotowania jej do ważnych zadań, które się przed nią wyłaniają.

PIŚMIENNICTWO.

Bonhoeffer. K.: Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Berlin. S. Karger. 1934. Borowiecki S.: Badania genealogiczne trzech rodzin ciężko dotkniętych usposobieniem do chorób umysłowych. Rozprawy Akademii lekarskiej. T. I., zesz. II. 1921. Borowiecki S.: Stan obecny nauki o dziedziczności w psychiatrii. Rocznik Psychiatryczny. Zesz. VI. 1926. Gütt, Rüdin, Ruttke: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. VII. 1933. J. F. Lehmanns Verlag, München. Hirszfeldowa H.: Prawa dziedziczności w zastosowaniu do medycyny z uwzględnieniem ustawy sterylizacyjnej. Warsz. Czas. Lek. 1936 № 8. Ilberg G.: Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins f. Psychiatrie am 24. und 25. V. 1934 in Münster i. W. Kraepelin E.: Psychiatrie, I. Band. Allgemeine Psychiatrie. 1920, A. Barth. Kretschmer: Ludzie genialni. Lange J.: Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie. 1935. G. Thieme, Leipzig. Luxenburger H.: Die Manifestationswahrscheinlichkeit der Schizophrenie im Lichte der Zwillingsforschung. Zeitschr. f. psychische Hygiene. 7. Band. 1934. 6. Heft. Łuniewski W.: Prawo niemieckie o zapobieganiu potomstwu, obciążonemu chorobami dziedzicznymi. Trzeźwość № 5. 1935. Łuniewski W.: O możliwości hamowania niepożądanego rozrodu przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości biologiczno-lekarskich o dziedziczeniu się chorób. Polska Gazeta Lek. № 22. 1936. Mikulski K.: Zagadnienie bliźniąt w zakresie dziedziczności i sprawa szkolenia bliźniąt. Nowiny Lekarskie. Zesz. 7. 1936. Morawski J.: Z badań nad dziedzicznym obarczeniem umysłowo chorych. Rocznik Lekarski 1910. Pieńkowski S. K.: Ogólne biologiczno-lekarskie uwagi w sprawie nowego projektu „Ustawy ugenicznej". Polska Gazeta Lekarska. № 6. 1936. Rüdin E.: Psychiatrische Indikation zur Sterilisierung. Das kommende Geschlecht. Band V. H. 3. Schulz B.: Die Manifestationswahrscheinlicheit der Schizophrenie im Lichte der Familienforschung. Zeitschr. f. psychische Hygiene. 7. Band. 1934. 6. Heft. Weygandt W.: Lehrbuch der Nerven — und Geisteskrankheiten. 1935. C. Marhold. Halle a. S. Żółtowski H.: Obezpłodnienie w świetle nauk społecznych. Higiena Psychiczna 1935. № 3—5. Żółtowski H.: Obezpłodnienie w Polsce. Zarys problemu de lege lata i de lege ferenda. Higiena Psychiczna. № 6—7, 1935.

Dr. KAROL MIKULSKI.

W SPRAWIE BADAŃ NAD LEWORĘCZNOŚCIĄ UTAJONĄ.

Badania nad leworęcznością wogóle stanowią dzisiaj bogaty rozdział wiedzy, interesujący tak psychologa, jak genetyka, neurologa i psychiatrę. W tych badaniach dział, obejmujący tak zwaną jawną leworęczność, opracowany jest pod rozmaitym kątem widzenia w stopniu dość szerokim, aczkolwiek i tu nauka daleka jest jeszcze od wypowiedzenia swego ostatniego słowa. Natomiast dział t. zw. leworęczności utajonej jest stosunkowo zaniedbany; poza pracami Adlera i jego szkoły nie znalazłem w dostępnym mi pośmiennictwie specjalnych prac, dotyczących tego właśnie działu leworęczności. Niemniej jest to dział interesujący, który rzuca pewne światło tak na praworęczność, jak i na właściwą, a więc jawną leworęczność, jak wreszcie i na charakter człowieka.

Zanim jednak przejdę do omówienia spraw, dotyczących t. zw. mańkuctwa utajonego, pragnę poruszyć w najogólniejszym zarysie teorie i hipotezy, tłumaczące nam powstawanie lewo- wzgl. praworęczności, opierając się przy tym na piśmiennictwie przedmiotu.

Badania Belwina wskazują na to, że większość ludzi rodzi się już praworęcznymi i, że cecha ta przejawia się już w 6—8 miesiącach życia. Lesné i Peycelon podnoszą również, że dzieci do 5-go miesiąca życia nie są zróżnicowane pod względem ich prawo- lub leworęczności. Dopiero w 5—9 miesiącach życia następuje tego rodzaju zróżnicowanie, przy czym szybkość jego zależy od czynników dziedzicznych i wpływów otoczenia. Zdaniem Piédelièvre'a, Derobert'a i Faurault'a nie istnieje wrodzona konstytucyjna leworęczność i odpowiednie wychowywanie niemowlęcia może zapobiec wytwarzaniu się leworęczności.

Jeden z dawniejszych poglądów uzależniał leworęczność od noszenia dziecka na lewym przedramieniu, bowiem dziecko prawą rękę ma wówczas unieruchomioną, a operuje przeważnie lewą.

W jednym z takich przypadków, jak wspomina Felz, porada noszenia dziecka na prawym przedramieniu spowodowała zmianę leworęczności na praworęczność. Oczywiście pogląd ten nie może nas zaspokoić, gdyż dzieci na ogół noszone są na obu rękach i w ten sposób musiałaby powstać ambidekstria.

Teoria Meyer'a łączy supremację prawej ręki ze zwyczajami religijnymi. Mianowicie starożytne ludy oddawały cześć słońcu, a nawet niektóre dzisiejsze modlą się z twarzą zwróconą ku wschodowi. Słońce, jak zauważyły te ludy, przesuwa się ku południowi, po prawej stronie od modlącego się, zwróconego twarzą ku wschodowi; stąd prawa strona jest dobrą, wybrana przez Boga, druga zaś zła, gdyż słońce jej unika. Zatem uznano, że należy posługiwać się prawą ręką. Trzeba przy tym zaznaczyć, że w wielu językach (sanskrycki, mongolski, hebrajski, celtycki) „południe" i „prawa" strona mają wspólną nazwę. Teoria Meyer'a nie wyjaśnia jednak dlaczego część ludzi posługuje się lewą ręką, a wiadomości nasze, o dziedziczeniu cech nabytych, przeczą tej teorii w zupełności.

Teoria Pye Smith'a stara się wyjaśnić praworęczność walką o byt. Ludy, posługujące się w walce prawą ręką, ochraniały tarczą (trzymaną w lewej ręce) serce i wychodziły z walki z ranami łatwo gojącymi się; natomiast ludy, które posługiwały się w walce lewą ręką, otrzymywały śmiertelne rany w serce. Teoria ta tłumaczy również stosunkowo większy procent leworękich i ambidekstrów wśród kobiet. Na pytanie zaś, czemu wyróżnienie lewej ręki nie znikło zupełnie, Lejbowicz odpowiada najstępującym przypuszczeniem: „prawdopodobnie w niektórych rodzinach zwyczaj ten zapuścił tak głębokie korzenie, że po ustaniu prymitywnych walk człowieka przedhistorycznego, nowe pomocnicze środki (wychowanie, dyscyplina) nie okazały się dość skutecznymi w walce z używaniem lewej ręki i pomimo nierównych szans, zwyczaj ten przetrwał wieki. Walka ta trwa nadal..."

Ciekawe są uwagi podane przez Lejbowicza a dotyczące leworęczności u przestępców: „Spostrzeżenie Lombrosa, że wśród przestępców spotyka się znaczną stosunkowo procentowość leworękich, stara się Weber objaśnić w sposób następujący: stosownie do wymiarów, dokonywanych przez Guldbergów, około 12 proc. ludzkości przypada na leworękich. W rzeczywistości odsetek leworękich jest znacznie mniejszy (3–4 proc.). Brakujące 8–10 proc. przeszło na stronę praworękich pod wpływem wychowania, szkoły,

dyscypliny lub innych przejawów siły większości. Czynnikom tym jednak nie podlegali przestępcy, pochodzący częstokroć z rodziców alkoholików, przestępców, lub umysłowo nienormalnych, niezdolnych do prawidłowego wychowania dzieci i żyjących częstokroć w kolizji z porządkiem społecznym i jego wymaganiami. W ten sposób zwyczaj używania lewej ręki odzyskuje w przestępcach utraconą ogólnie procentowość".

Przy okazji pragnę zaznaczyć, że doszukiwanie psychologów ze szkoły Adlera leworęczności u dzieci, trudnych do prowadzenia, niewątpliwie ma związek z powyższym poglądem. Oczywiście racjonalne i celowe rozwijanie sprawności obu kończyn może przynieść następnie dużą korzyść w życiu osobniczym i nie dowodzi wówczas żadnej niższości.

Teoria Oglego tłumaczy praworęczność warunkami anatomicznymi układu krążenia, a mianowicie faktem, że lewa tętnica dogłowowa odchodzi bezpośrednio od aorty i przez to zaopatruje lewą półkulę mózgu w większą ilość krwi, a więc i substancyj odżywczych, niż to ma miejsce w prawej półkuli, dokąd wspomniana tętnica kieruje swój prąd krwi, wychodząc z tętnicy bezimiennej wspólnie z podobojczykową. Teoria ta nie tłumaczy nam jednak leworęczności, przy której wszak układ tętnic pozostaje bez zmiany. Inny natomiast autor utrzymuje, że właśnie prawa kończyna górna jest lepiej odżywiona krwią, niż lewa i dlatego powstaje praworęczność.

Jedni autorzy tłumaczą praworęczność położeniem płodu w macicy: uciskiem na jego lewą część, drudzy wreszcie uzależniają praworęczność od tego, że człowiek sypia przeważnie na prawym boku, przez co lewa półkula mózgu bywa lepiej zaopatrzoną w krew, niż prawa, wskutek czego rozwija się praworęczność.

Klęsk podnosi, że leworęczność jest w 90 proc. dziedziczną, a tylko w 10 proc. nabytą, albo przez specjalne zajęcie, wymagające większej sprawności w lewej ręce, albo też — przez to, że wskutek pewnych spraw chorobowych ręka prawa traci swą sprawność, lub zostaje amputowana. Klęsk zwraca również uwagę na to, że właściwie $^1/_3$ ludzi jest leworęcznych, przez co porusza on problem leworęczności utajonej.

Reasumując powyższe poglądy podkreślić musimy, że praworęczność łączyć należy z lepszym rozwojem lewej półkuli mózgowej, leworęczność natomiast — z rozwojem półkuli prawej.

W związku z współzależnością leworęczności z innymi zjawiskami i objawami, to jak podkreśla T. W. Richards, stwierdza się w krajach anglosaskich duże zainteresowanie sprawą powstawania zaburzeń w mowie, czytaniu i pisaniu u dzieci leworęcznych, które zmuszone są posługiwać się prawą ręką. Istnieje niewątpliwie pewien związek pomiędzy ruchami gałek ocznych, a ruchem ręki. Oczy dziecka praworęcznego mają tendencję do ruchu w płaszczyźnie poziomej od strony lewej ku prawej, gdy tymczasem dziecko leworęczne, posługujące się przy pisaniu prawą ręką, zdradza tendencję do ruchów gałek ocznych od strony prawej ku lewej. W ten sposób, zdaniem Richards'a, występuje w tym ostatnim przypadku pewna dysocjacja ruchów gałek ocznych i ręki. Richards cytuje nawet przypadek, dotyczący 7-letniej dziewczynki, w którym wspomniana dziewczynka, gdy napisała coś, lub przeczytała w sposób „lustrzany", sama zdawała sobie sprawę, że oczy jej nie patrzą tam, gdzie w danej chwili powinny być skierowane. Pismo lustrzane, zdaniem Richards'a, jest wynikiem unikania przez dzieci leworęczne dysocjacji oczno-ręcznej. Podkreślić tu należy, że badania nad pismem lustrzanym przeprowadzał u nas Doc. Sterling.

Interesująca jest też praca T. Haack, która omawia to, na co zwrócili uwagę już historycy sztuki jak Wölfflin, Simmel i inni, że wiele obrazów ma więcej kolorytu i szczegółów z lewej strony, co również łączy się z problemem oczno-ręcznym.

Niewątpliwie leworęczność stwierdza się znacznie częściej w chorobach psychicznych i niedorozwojach umysłowych, niż u ludzi psychicznie zdrowych. I tak Quinan Clarence znajdywał w schizofrenii i innych chorobach psychicznych 30,4 proc. leworęcznych, a wśród psychopatów nawet 54,1 proc., przy czym cyfry te wydają mi się zbyt wygórowane, chyba, że autor miał na myśli i leworęczność utajoną. Schott, w jednym z niemieckich szpitali psychiatrycznych, stwierdził u niedorozwiniętych umysłowo chłopców 16,45 proc., a u dziewczynek 18,6 proc. leworęcznych, w drugim szpitalu — 14,51 proc. i 12,96 proc.

Cyfry te są wyższe conajmniej o 8—12 proc. od przeciętnego procentu leworęcznych wśród ludności zdrowej. Również Ganter wśród 253 osobników niedorozwiniętych wykrył 13,1 proc. leworęcznych, natomiast pomiędzy 157 epileptykami znalazł jedynie 4,4 proc. Ganter uważa, że leworęczność dziedziczy się zwłaszcza ze strony ojcowskiej. W każdym razie trzeba podkre-

ślić, że i wielu geniuszów ludzkości było leworęcznymi, względnie oburęcznymi (Michał Anioł, Leonardo da Vinci).

Dokumenty, jakimi są wykopaliska narzędzi z okresu neolitycznego i kamiennego, świadczą o tym, że wówczas ilość ludzi prawo- i leworęcznych była mniej więcej taka sama i dopiero od okresu trzeciorzędnego datuje się wzrost liczby praworęcznych (cyt. w/g. Richards'a). Zdaniem Schotta należy dążyć do urabiania oburęczności, przy czym pismo powinno przypaść w udziale ręce zgrabniejszej.

Również Armaingaud nawołuje do urabiania wyćwiczalności obu rąk i żąda nawet nagród dla szkół, które w tym zakresie dadzą najlepsze wyniki. Autor ten przypomina, że już Lykurg w swych prawach dążył do podniesienia używalności ręki lewej. Oczywiście dzięki ambidekstrii również i wartość bojowa armii wydatnie wzrosłaby, a dla niektórych zawodów miało by to niewątpliwie także wielkie znaczenie. To też nic dziwnego, że paryska akademia medyczna wyłoniła nawet specjalną komisję, która ma się zająć tą sprawą.

R. Ripin streszcza szereg prac autorów zajmujących się zagadnieniem leworęczności: R. H. Ojemann na 518 dzieci, 3. i 4. klasy szkoły powszechnej, znalazł 27 leworęcznych = 5,21 proc. Oates na 4176 dzieci i młodzieży, w wieku od 6—18 lat, wykazał 5,4 proc. leworęcznych. Chamberlain, badając studentów uniwersytetu w Ohio, ich rodziców i rodzeństwo, razem 12068 osób, stwierdził 4,31 proc. leworęcznych. Niezwykle ciekawie przedstawiają się badania Wislera, który na materiale 18560 studentów wykazał, że 6 proc. praworęcznych, 2 proc. leworęcznych i aż 15,8 proc. osobników, którzy z leworęcznych przeszli na praworęcznych, stanowi materiał drugorocznych. Możemy stąd wyprowadzić wniosek, że nie należy zmuszać dzieci leworęczne do wyłącznego posługiwania się prawą ręką.

Zauważyć należy, że szereg autorów łączy jąkanie z leworęcznością, twierdząc, że jest ono skutkiem używania ręki prawej przez mańkuta.

Ciekawe są badania prozopologiczne Hallerwordena nad związaniem pomiędzy prawo- wzgl. leworęcznością, a wyrazem twarzy. Sprawą tą zajmował się również Lipmann. Jeżeli portret, zdjęty en face, podzielimy linią pionową na dwie połowy i następnie do jednej połowy dodamy zdjęcie lustrzane tejże połowy, to w portrecie tak otrzymanym da się zauważyć, że twarz złożona z pra-

wych połówek będzie miała u osób praworęcznych więcej wyrazu, niż twarz złożona z połówek lewych, u leworęcznych natomiast odwrotnie. Zatem z wyrazu twarzy możemy wnioskować o roli odpowiedniej półkuli mózgowej. Wspomniane różnice zacierają się coraz bardziej, w miarę zbliżania się do typu oburęcznego.

Omówiliśmy w skróceniu poglądy i teorie dotyczące leworęczności w ogóle. Jak wynika z poprzednich uwag w szeregu przypadków istotna leworęczność pod wpływem środowiska i metod wychowawczych przechodzi w praworęczność.

W tych to właśnie przypadkach mówimy o leworęczności utajonej. Będą to zatem ludzie, którzy w dziecięctwie posługiwali się lewą ręką, a z czasem przeistoczyli się w praworękich i tylko pewne ślady tej leworęczności u nich pozostały.

Zachodzi więc pytanie w jaki sposób tego rodzaju przypadki mogą być rozpoznane, bowiem w codziennym życiu leworęczność utajona nie przejawia się nazewnątrz i może być zatem jedynie specjalnymi badaniami ujawniona. Metoda testów może dać najlepsze wyniki w odczytywaniu leworęczności utajonej, to też w badaniach swych posługiwałem się testami, które podałem w kwestionariuszu do badań utajonej leworęczności (Zagadnienia Rasy T. VIII. № 2, 1934).

W kwestionariuszu tym podałem szereg prób, mających na celu wykazanie większej aktywności tej lub innej ręki, a przez to i stwierdzenie typu psychologicznego człowieka praworęcznego, wzgl. mańkuta u t a j o n e g o. Nie ulega bowiem dla mnie wątpliwości, a opieram się tu częściowo i na pracach A d l e r a oraz jego szkoły, że typ tego rodzaju istnieje i wyróżnia się mniej lub więcej odrębnymi cechami psychicznymi, czy to w zakresie charakterologicznym, czy też życia afektywnego, psychomotoryki i t. d.

Kwestionariusz wspomniany zawiera 24 punktów:

1 i 2 - ręka do góry, palcem wskazać oko. Polecenie przy tych próbach wydaje sie na modłę komendy wojskowej i każda z nich stwierdza jakiś ruch tej czy innej ręki. Oczywiście, nie zawsze będziemy mieli rację, jeśli z takiego poszczególnego ruchu zechcemy wnosić o większej aktywności jednej lub drugiej ręki. W każdym razie można przyjąć, że tego rodzaju próby, przynajmniej w niektórych wypadkach, stwierdzają większą gotowość do ruchu tej, a nie drugiej kończyny, stwierdzają zachowanie się badanego w danej, nowej dla niego sytuacji, bowiem ruch musi być wykonany natychmiast, bez wszelkiego zastanowienia się. Szereg prób, dokonanych na

małych dzieciach, przekonał mnie, że dzieci wybitnie praworęczne, w większości przypadków, podnoszą prawą rękę, dzieci podejrzane o leworęczność utajoną posługują się przy tych próbach lewą ręką.

Nie od rzeczy będzie przypomnieć na tym miejscu, że doc. Fr. Baumgartenówna podkreśla, iż są psychologowie i psychiatrzy, którzy twierdzą, że każda, nawet byle niepozorna czynność czy odpowiedź ma znaczenie symptomatyczne dla człowieka, a Bleuler stwierdza, że „w pewnem znaczeniu każdy proces psychiczny, każdy ruch, wykonany w taki sposób, w jaki właśnie się odbywa, możliwy jest tylko u pewnego określonego człowieka o określonej przeszłości".

W ten sposób przy próbach omawianych następuje, mówiąc językiem Semona, ekforia engramu (engramów) najbardziej czułego na ekforowanie. Zostaje tu ekforowany engram, zaengrafowany w lewej wzgl. w prawej półkuli mózgu, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z mańkuctwem jawnym, lub utajonym, czy też z praworęcznością. Jeszcze raz muszę podkreślić, że nie zawsze tak się dzieje, nie zawsze ten czy też te najpodatniejsze engramy zostają ekforowane. W próbach jednak masowych stwierdza się przewagę występowania właśnie tego najczulszego engramu.

Jest rzeczą niepozbawioną pewnego humoru, oglądanie zdziwionych twarzy badanych, będących mańkutami utajonymi, którzy przy próbie pierwszej podnoszą lewą rękę do góry i następnie widząc w badaniach grupowych, że większość badanych uniosła prawą, starają się zmienić rękę uniesioną na prawą, a przy drugiej próbie mają już pewne wahania wyboru. Stąd też ta druga próba nie ma takiego znaczenia co pierwsza i może w wielu przypadkach okazać się jeszcze bardziej zawodną.

3. Trzymanie książki.
4. Przekładanie stron.
5. Tasowanie kart.
6. Rozdawanie kart i wychodzenie kartą w grze.

Powyższe próby, zwłaszcza 4. 5 i 6. badają już bezpośrednio i bez tych wszystkich zastrzeżeń, jakie mieliśmy uprzednio — aktywność tej lub drugiej ręki. Oczywiście w badaniach szkolnych nie posługiwałem się kartami do gry, jest jednak również ciekawą rzeczą obserwowanie osób grających w karty, które, zależnie od swej predyspozycji do leworęczności, tasują, rozdają lub wychodzą w grze kartą trzymaną w lewej ręce. Tak samo tego rodzaju

osoby skłonne są do trzymania książki raczej w prawej ręce i do przekładania stron lewą ręką: przejawia się więc tu większa aktywność ręki lewej; u praworęcznych bywa zwykle odwrotnie.

7. Temperowanie ołówka.

8. Otworzenie scyzoryka.

9. Ułożenie kwadratu z kawałku drutu.

Jak poprzednio, tak samo i te próby mają na celu stwierdzenie większej aktywności tej lub innej ręki, przy czym najciekawsza jest ostatnia próba, która pozwala zaobserwować jak się zachowuje jedna i druga ręka przy takiej pracy.

10. Pismo.

11. Jedzenie.

12. Rzut kulą.

Są to próby stwierdzające leworęczność j a w n ą.

Przyjmujemy, że jeśli ktoś nawet przy jedzeniu, lub pisaniu, posługuje się prawą ręką, a rzuca kulę lewą ręką, za dowód jego jawnej leworęczności.

Te zatem próby są dla nas podstawowymi przy kwalifikowaniu badanych do rzędu mańkutów, przy czym wynik dodatni, w sensie mańkuctwa we wszystkich tych trzech próbach, dowodzi większego stopnia leworęczności, jedna lub dwie z nich również — leworęczności, ale stopnia mniejszego.

13. Próba klaskania R e i s a. — R e i s dowodzi, że leworęczni klaszczą lewą dłonią o prawą, praworęczni natomiast odwrotnie.

14. Próba patrzenia R o s e n b a c h a. Próba powyższa przedstawia się następująco: badany trzyma w wyprostowanej przed siebie ręce prawej ołówek w pozycji pionowej, którym celuje, patrząc obuocznie, by pokryć z pewnej odległości boczny brzeg np. tablicy. Przy przymknięciu lewego oka trzymany ołówek nie odchyli się, natomiast przy przymknięciu prawego oka odchyli się on pozornie w prawo, co dowodzi, że patrząc nastawiamy się na przedmiot okiem prawym.

U mańkutów wg. E n s l i n a, objaw ten występuje w 1/3 przypadków po stronie lewego oka (cyt. wg. K l ę s k a), co dowodzi w tych przypadkach nastawienia się na oko lewe. Niewątpliwie z objawem R o s e n b a c h a jest związany zwyczaj niektórych osób strzelania z kolbą karabinu przy lewym barku lub patrzenia przez teleskop lewym okiem.

15. Próba zaczerwienienia małżowiny usznej.

Stwierdziłem w wielu przypadkach, że w stanach emocjonalnych, natężonej uwagi, podczas wytężonej pracy umysłowej i t. p., ale nie wskutek ucisku, występuje nieraz zaczerwienienie małżowiny usznej, prawej u leworęcznych jawnych i utajonych, lewej u praworęcznych, a po pewnym czasie obu małżowin. Poza tym u osób starszych stwierdza się nieraz różnice przy obmacywaniu naczyń skroniowych, które są bardziej wyczuwalne po stronie, po której występuje objaw małżowinowy. W sprawie tego objawu pisałem w „Badaniach psychologicznych w szkole średniej" (Warszawa 1930 r.) i w pracy „Zagadnienia bliźniąt w zakresie dziedziczności i sprawa szkolenia bliźniąt" (Nowiny Lekarskie R. 27. 1936 r.), gdzie poruszyłem znaczenie objawu małżowinowego dla hipotezy o roli tej lub drugiej półkuli mózgowej dla życia emocjonalnego. W pracy wyżej cytowanej omawiam i 2 próby następne:

16. Próba splecenia palców. Zdaniem A d l e r a typ splecenia palców, polegający na tym, że lewy kciuk leży nad prawym, przemawia za leworęcznością, natomiast u praworęcznych kciuk prawy leży nad lewym. Jak łatwo się przekonać typ splatania palców jest objawem stałym, podobnie jak to się dzieje w próbie następnej, w której zwróciłem uwagę na fakt, że typ splatania przedramion jest również objawem stałym, jednakże, będącym wynikiem jedynie przypadkowego nawyku ruchowego, o czym mówią moje obserwacje nad bliźniętami. Natomiast ruch splatania palców jest niewątpliwie uwarunkowany dziedzicznie.

17. Próba splecenia przedramion.

18. Dynamometria.

Chodzi tu o wykazanie, która kończyna jest silniejsza; próba ta może również decydować o zaliczeniu badanego do mańkutów jawnych, jeśli ręka lewa wykaże znacznie wyższą siłę od prawej.

19. Siła kończyn dolnych.

Dr. K l ę s k zwraca uwagę, że u praworęcznych lewa noga jest silniejsza, a przedtem B e n e d i k t wyraził się, że człowiek o ile jest zwykle praworęcznym, o tyle zwykle lewonożnym. A zatem próba powyższa może mieć wartość przy rozpoznawaniu leworęczności w tym znaczeniu, że należy oprócz zbadania siły kończyn dolnych dowiedzieć się, z której strony badany siada na konia, jeśli jeździ konno, na którym kolanie klęczy, którą nogą posługuje się przy kopaniu łopatą i t. p.

20. Rysunek dowolny daje nam możność zaobserwowania jak badany rysuje obraz, w którą stronę zwrócone są wyraźniejsze szczegóły obrazu. Pozatem możemy polecić narysowanie kwadratu i koła, obserwując jakie ruchy ręka badanego wykonywuje przy rysowaniu.

21. Rysunek profilu.

Niektórzy badacze zwracają uwagę, że leworęczni rysują profil zwrócony w prawo. Na tej podstawie możnaby przyjąć, że Matejko był jeśli nie jawnym, to w każdym razie utajonym mańkutem.

Analizując dzieła Matejki z tego punktu widzenia otrzymamy wiele dowodów. A więc w obrazie: „Rodzina Artysty" — aż 3 osoby mają zwrócone twarze w prawą stronę i tylko jedna patrzy w lewo, jak to rysują zwykle praworęczni. Szereg portretów, malowanych przez Matejkę, sytuowany jest w prawą stronę, wreszcie cały niemal „Grunwald" i „Dzwon Zygmunta" „patrzą" w prawo. Oczywiście sprawy te poruszam jedynie przykładowo, jako pewien przyczynek do psychologii twórczości.

22. Pismo leworęczne. Próba ta może wykazać większą technikę w pisaniu lewą ręką u osób, które są utajonymi mańkutami, niż u praworęcznych, jak również może dowodzić leworęczności jawnej. Wreszcie p. 23 i 24 kwestionariusza zawierają pytania dotyczące leworęczności w rodzinie badanego jak i objawów leworęczności u badanego w okresie jego dziecięctwa, przy czym zdaję sobie tu całkowicie sprawę z nieudolności tego kwestionariusza w tych 2 ostatnich punktach do uchwycenia spraw, dotyczących dziedziczenia leworęczności.

R e a s u m u j ą c, podkreślić należy, że za j a w n ą leworęcznością przemawiają próby 10. 11 i 12., wykonywane lewą ręką, oraz próba 18., jeśli wykaże większą siłę lewej ręki. Przyjmiemy również, że nawet jedna z tych prób, wykazująca stałą przewagę lewej ręki, świadczy już za j a w n ą leworęcznością.

Inne próby mogą popierać ten wniosek, względnie przemawiają za leworęcznością u t a j o n ą, o ile są rozwiązywane na korzyść lewej ręki.

Wychodząc z powyższych założeń przebadałem z pomocą podanego kwestionariusza 100 uczniów Gimnazjum im. M. Reya w Warszawie. Badania były prowadzone zbiorowo i z tego względu niektóre próby zostały opuszczone (dynamometria, siła kończyn dolnych). Wyniki uzyskane przedstawiają się następująco, przy czym

przede wszystkim omówię przypadki jawnej leworęczności:

Przyp. I. W. Zbig. kl. VII, podaje sam, że jest leworęczny, ponieważ rzuca kulą lewą ręką.

Następujące próby wskazują na leworęczność:

1. Podnieść rękę — lewa.
2. Palcem wskazać oko — lewa.
4. Przekładanie stron — lewa.
6. Rozdawanie kart — lewa.
8. Otwieranie scyzoryka — lewa.
12. Rzut kulą — lewa.
13. Próba klaskania Reisa — lewa.
16. Próba splecenia palców — lewy kciuk na wierzchu.

Przyp. II. K. Wł. kl. VII, podaje, że był leworęcznym.

Próby wskazujące na leworęczność:

4. Przekładanie stron — lewa.
6. Rozdawanie kart — lewa.
9. Ułożenie kwadratu z drutu — lewa.
12. Rzut kulą — lewa.
13. Próba klaskania Reisa — lewa.
16. Próba splecenia palców — lewy kciuk na wierzchu.

Przyp. III. B. J. kl. VI.

Próby wskazujące na leworęczność.

2. Wskazać palcem oko — lewa.
10. Pismo — pisze dobrze lewą ręką, posługuje się przeważnie prawą ręką. Odpowiedź na kwestionariusz napisał całkowicie lewą ręką.
16. Próba splecenia palców — lewy kciuk na wierzchu.

N. B. przypadek trzeci może być również uważany za ambidekstrię.

Wreszcie przypadek IV. K. J. kl. V. podaje, że był leworęczny, ponieważ do niedawna jadał i pisał lewą ręką, a i teraz ma pewne skłonności w tym kierunku.

Próby wskazujące na leworęczność:

7. Temperowanie ołówka — lewa.
9. Ułożenie kwadratu z drutu — oburącz.
13. Próba klaskania Reisa — lewa.
16. Próba splecenia palców — lewy kciuk na wierzchu.

Mając powyższe wyniki przed sobą, możemy ocenić znaczenie poszczególnych prób, z których w każdym przypadku wypada dodatnio jedynie próba splecenia palców z lewym kciukiem na wierzchu.

Zdaniem A d l e r a jest to wystarczający dowód, stwierdzający przynajmniej leworęczność utajoną.

W powyższych przypadkach pogląd ten znalazł swe usprawiedliwienie, aczkolwiek zobaczymy dalej, że nie zawsze da się on umotywować, zwłaszcza gdy chodzi o utajoną leworęczność.

W każdym razie w powyższych przypadkach, jak również w kilku obserwacjach ludzi leworęcznych (mańkuctwo jawne), objaw A d l e r a splecenia palców z lewym kciukiem na wierzchu wypadał mi zawsze dodatnio.

Jak wynika z przytoczonych przypadków, leworęczność jawną stwierdza się bez żadnych wątpliwości w 2 przypadkach; w jednym przypadku może być mowa przynajmniej o częściowej ambidekstrii i wreszcie jeden przypadek wykazywał dawniej leworęczność jawną, a obecnie skłonności w tym kierunku.

Innymi słowami mamy 2—4 proc. przypadków leworęczności jawnej, co też odpowiada cyfrom spotykanym w piśmiennictwie.

W następnych 21 przypadkach szereg prób przemawia za leworęcznością u t a j o n ą.

Tablica niżej podana wyszczególnia te próby i podaje przy każdej próbie zamiast nazwiska numer ucznia, który dał wynik dodatni, przemawiający za leworęcznością utajoną.

PRÓBY, PRZEMAWIAJĄCE ZA LEWORĘCZNOŚCIĄ UTAJONĄ.

Nazwa próby	Uczniowie, wykazujący leworęczność utajoną	Ogółem
1. Ręka lewa do góry	1, 8, 13, 15,	4
2. Wskazanie oka lewą ręką	9, 11, 15, 17, 20,	5
4. Przekładanie stron lewą ręką	1, 2, 3, 4, 6, 10, 17, 20, 21,	9
5. Tasowanie kart lewą ręką	1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,	14
6. Rozdawanie kart lewą ręką	10, 17, 18, 20,	4
7. Temperowanie ołówka lewą ręką	4, 15, 19,	3
8. Otwieranie scyzoryka lewą ręką	15, 17, 18, 20,	4
9. Ułożenie kwadratu z drutu przy zasadniczej pracy lewej ręki	1, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17,	9
13. Próba Reisa, klaskanie lewą ręką o prawą	4, 14, 15, 19, 20,	5
14. Próba Rosenbacha, przy zamknięciu lewego oka ołówek zbacza w lewo	2, 3, 4, 6, 7, 11, 12, 19,	8
15. Zaczerwienienie prawej małżowiny usznej w stanach emocjonalnych	1, 5, 9, 13, 14, 16, 18,	7
16. Splecenie palców z lewym kciukiem na wierzchu	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21,	19
21. Rysunek profilu skierow. w prawo	21,	1

Zaznaczyć należy, że wszyscy uczniowie, nazwani w powyższej tablicy kolejnymi numerami, stwierdzali, że rzucają kulą ręką prawą, że jedzą i piszą prawą ręką, a więc nie wykazywali jawnej leworęczności.

Natomiast szereg powyższych prób był rozwiązany przez poszczególnych uczniów w ten sposób, że można sądzić o ich leworęczności utajonej.

I tak poszczególni uczniowie wykazywali następującą ilość prób, przemawiających za leworęcznością utajoną:

Uczeń № 1 — 5 prób		Uczeń № 12 — 4 próby	
„ „ 2 — 3 „		„ „ 13 — 4 „	
„ „ 3 — 4 „		„ „ 14 — 5 „	
„ „ 4 — 5 „		„ „ 15 — 7 „	
„ „ 5 — 3 „		„ „ 16 — 3 „	
„ „ 6 — 5 „		„ „ 17 — 7 „	
„ „ 7 — 3 „		„ „ 18 — 4 „	
„ „ 8 — 4 „		„ „ 19 — 4 „	
„ „ 9 — 5 „		„ „ 20 — 5 „	
„ „ 10 — 4 „		„ „ 21 — 3 „	
„ „ 11 — 5 „			

Zaznaczyć należy, że z tej liczby 21 uczniów, 19 wykazało objaw A d l e r a (przy spleceniu palców — lewy kciuk na wierzchu) dodatni i zaledwie dwuch № 1 i 20 splatało tak palce, że prawy kciuk leżał na wierzchu. Pomimo to zostali oni uznani za leworęcznych utajonych, ponieważ przypadek № 1 wykazał aż 5 prób innych, które przemawiają za leworęcznością utajoną, a przyp. № 20 również 5 prób na leworęczność utajoną, przy czym w przypadku № 1 objaw małżowinowy występował po stronie prawej, jak u mańkutów jawnych, lub utajonych.

Co do zachowania się objawu małżowinowego (próba № 15), to trzeba podkreślić, że 7 uczniów (№ 1, 5, 9, 13, 14, 16 i 18) zaobserwowało u siebie ten objaw po stronie prawej, a więc po stronie półkuli mózgowej, która zawiaduje lewą ręką. Jeden uczeń (przyp. № 21) zauważył u siebie ten objaw po stronie lewej, co nie odpowiadałoby współzależności tego objawu z leworęcznością. Uczeń ten wykazał jednak ponadto tylko 3 objawy, przemawiające za leworęcznością utajoną, a mianowicie: próby № 4, 16, 21, przy czym popisał się również pismem lustrzanym.

Inni badani nie zaobserwowali u siebie zachowania się objawu małżowinowego i dlatego o nim nie wspominają. W każdym

razie jest rzeczą zastanawiającą, że niemal wszyscy mańkuci utajeni wykazują objaw splecenia palców o typie — lewy kciuk na wierzchu i niemal wszyscy, którzy na to zwrócili uwagę, piszą o objawie małżowinowym po stronie prawej, co właśnie odpowiada półkuli mózgowej, rządzącej lewą ręką.

Obie te próby nie są w normalnych warunkach zależne od przypadku i dlatego właśnie posiadają swą dużą wartość, podobnie jak i próba Rosenbacha. W próbie tej uczniowie № 2, 3, 4, 6, 7, 11, 12, 19 nastawiają wzrok głównie na oko lewe, pozostali nastawiają się na przedmiot okiem prawym; wyniki te przemawiają za poszukiwaniami Enslina, który u 65 mańkutów wykazał około 1/3 badanych z objawem Rosenbacha po stronie lewej, a zatem w mańkuctwie utajonym wyniki są podobne.

Następna grupa, obejmująca 32 uczniów wykazuje również objaw Adlera dodatni t. zn. badani splatają palce w ten sposób, że lewy kciuk leży nad prawym. Poza tą jedną cechą, wskazującą zdaniem Adlera na leworęczność utajoną, niemal wszystkie inne próby na leworęczność utajoną wypadają tu ujemnie. Jeżeli mówię: niemal — to dlatego, że w niektórych przypadkach i pewne inne próby wypadają dodatnio; są to jednak próby o małym znaczeniu, jak podniesienie lewej ręki, lub wskazanie oka lewą ręką, na której to podstawie nie mogłem jeszcze zaliczać badanych do leworęcznych utajonych. Być może we wczesnym dziecięctwie wykazywali oni jakieś objawy leworęczności utajonej, z których aktualny pozostał jedynie dodatni objaw Adlera bez żadnych innych dowodów utajonej aktywności lewej ręki, wobec czego nie mogłem powyższych 32 uczniów zaliczyć do grupy leworęcznych utajonych.

Wreszcie 43 uczniów wykazuje objaw Adlera ujemny (prawy kciuk na wierzchu) i niemal wszystkie próby wskazują w tych przypadkach na praworęczność, poza znowu sporadycznymi wypadkami podniesienia lewej ręki, lub wskazania oka lewą ręką.

Co do objawu małżowinowego, to pośród powyższych 75 przypadków praworęczności objaw ten zaobserwowało na sobie 10 uczniów, z tych ośmiu podaje, że małżowina uszna ulega zaczerwienieniu w stanach emocjonalnych po stronie przeciwnej kciukowi leżącemu na wierzchu palców skrzyżowanych, a dwóch — po tej samej stronie.

Razem więc z poprzednimi przypadkami mamy na 18 uczniów objaw małżowinowy skrzyżowany z objawem Adlera w 15 przypadkach i po tej samej stronie co kciuk, leżący w splecionych palcach na wierzchu — w 3 przypadkach. Procentowo wynosi to 83 proc. i 17 proc. Biorąc pod uwagę dalsze obserwacje, uważam, że korelacja objawu małżowinowego z objawem splecenia palców jest duża i występuje w większości wypadków, jak wykazuje moje doświadczenie w 90 proc., w ten sposób, że w przypadkach splatania palców z lewym kciukiem na wierzchu stwierdza się w stanach emocjonalnych zaczerwienienie prawej małżowiny usznej, natomiast przy splataniu palców o typie — prawy kciuk na wierzchu — ulega zaczerwienieniu w stanach emocjonalnych lewa małżowina uszna. Oczywiście, ze względu na młody wiek badanych, nie mogłem stwierdzić zachowania się tętnic skroniowych, które, co jeszcze raz podkreślam, u osób starszych wykazują nieraz wyraźne różnice po stronie prawej i lewej. Różnice te są tego rodzaju, że nieraz gołym okiem dają się zaobserwować, nieraz natomiast można je stwierdzić dopiero obmacywaniem i to przy głowie pochylonej ku przodowi. Wówczas zauważymy, że praworęczni mają lewą tętnicę skroniową bardziej sklerotyczną, leworęczni jawni i utajeni — prawą.

Reasumując wyniki swych badań nad leworęcznością stwierdzam 2—4 proc. jawnej leworęczności, 21—23 proc. leworęczności mniej lub więcej utajonej i 75 proc. praworęcznych, w czem 32 proc. o objawie Adlera dodatnim i 43 proc. z objawem Adlera ujemnym (prawy kciuk na wierzchu).

Jest rzeczą charakterystyczną, że wśród powyższych 43 proc. praworęcznych zaledwie jeden uczeń wspomina o dalekiej kuzynce leworęcznej, natomiast wśród 32 proc. praworęcznych z dodatnim objawem Adlera jeden ma siostrę leworęczną, jeden — kuzyna, jeden — ojca, dwóch — matkę i jeden ciotkę leworęczną. Wśród 21 proc. uczniów o leworęczności utajonej jeden ma ojca, który był dawniej leworęcznym, jeden brata leworęcznego, jeden — siostrę leworęczną i jeden — kuzyna leworęcznego. Na 4 uczniów uznanych za leworęcznych, względnie za ambidekstrów, jeden ma matkę leworęczną i jeden leworęcznego brata, jeden zaś leworęcznego kuzyna.

Z powyższego wynika wyraźnie, że objawy leworęczności w rodzinach osób praworęcznych są rzadkie, a w rodzinach osób leworęcznych jawnych i utajonych są częstsze.

Na zakończenie pragnę powiedzieć jeszcze kilka słów o pewnych cechach psychicznych, charakterystycznych dla ludzi o leworęczności utajonej, o czym nadmieniłem już na wstępie tego przyczynku.

Zdaniem Adlera osobników o leworęczności utajonej cechują w dziecięctwie pewne objawy z dziedziny trudności wychowawczej. Adler jest zdania, że istnieje podświadoma walka między leworęcznymi a praworęcznymi, że na tle tej walki powstają trudności wychowawcze i kształtują się objawy psychopatyczne u leworęcznych utajonych.

Z moich obserwacyj również wypływa wyraźnie, jak to zaznaczyłem poprzednio, możliwość wyodrębnienia typu psychicznego człowieka o leworęczności utajonej; typ ten nie pokrywa się z adlerowską charakterystyką leworęcznych utajonych, jako osobników w dziecięctwie trudnych do prowadzenia i raczej częściej zbliża się do typu neurastenicznego, przy czym mechanizmy adlerowskie są tu również nie bez znaczenia.

Zdaję sobie całkowicie sprawę z trudności, jakie wynikają przy omawianiu typów psychologicznych, a tym bardziej przy opisywaniu nowych typów, zwłaszcza gdy muszę ograniczyć się jedynie do omówienia cech charakterystycznych, bez demonstracji przypadków, lub ich fotografii.

W każdym razie stale wydawało mi się, że ograniczenie się jedynie do znanych nam typów kretschmerowskich jest zbyt ciasne, co wspólnie z Leszyckim i Ferensem podkreślaliśmy 11 lat temu w pracy pt. „Porażenie postępujące a typy konstytucyjne Kretschmera"[1]), a na co wielu innych również zwraca uwagę.

W typie leworęczności utajonej można dopatrzyć się wiele cech z typologii kretschmerowskiej, jednakże, jeśli typ tego rodzaju wyodrębniam, to dzięki temu, że w tych właśnie przypadkach mogę się oprzeć na cechach, jakie nie były łącznie podkreślane, a zwłaszcza połączyć je w przyczynowy związek z dysocjacją funkcjonalną mózgowych ośrodków ruchowych prawej i lewej półkuli mózgowej i z różnicami w objawach wazomotorycznych prawo i lewostronnych, przy czym mam tu na myśli objaw małżowinowy i tętnicy skroniowej.

Zatem omawiany typ leworęczności utajonej charakteryzuje się przede wszystkim schizoidią. Nie znaczy to oczywiście, by

---

[1]) Pamiętnik Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych „Kochanówka" ku uczczeniu śp. Prof. Dr. Antoniego Mikulskiego. Łódź 1925 r.

wszyscy schizoidzi byli osobnikami o leworęczności utajonej, w każdym razie pewien odsetek jest tu przynależny i kto wie czy na tej, lub podobnej drodze nie uda się w przyszłości wytłumaczyć mechanizmu powstawania typów kretschmerowskich, które dzisiaj łączymy jedynie z wielomówiącym pojęciem dziedziczności i środowiska.

Drugą cechą, jaką podkreślić należy, to pewna hyperaestezja, wyraźne zahamowanie ogólne, nieśmiałość, wstydliwość, skłonność do marzeń, brak odwagi życiowej i pewności siebie z dużymi tendencjami kompensacyjnymi, czy to w dziedzinie fantazji, czy też w życiu realnym. Wspomniane tendencje kompensacyjne mogą nawet zatrzeć nieraz powyższe cechy, które dopiero dadzą się ustalić na drodze dokładniejszej analizy psychologicznej.

Trzecią cechę stanowią większe, lub mniejsze braki w ułatwionem wypowiadaniu się, tak, że można twierdzić, iż dobrym mówcą nie będzie nigdy osobnik o wyraźnym typie psychicznym leworęczności utajonej.

Po czwarte — pewne niedokładności psychomotoryczne, czy to w ogólnem zachowaniu, czy też w gestykulacji, co wyraźnie uwidacznia się w okresie dojrzewania. Tu też podkreślić należy łatwą grę naczyniową, skłonność do czerwienienia się, a więc pewną zwiększoną wrażliwość układu współczulnego, oraz objaw małżowinowy i tętnicy skroniowej stwierdzany po stronie prawej.

Wreszcie, jeśli chodzi o typ fizyczny, to stwierdzamy zazwyczaj typ leptosomiczny i leptosomiczno-mieszany.

Wspomniane powyżej cechy charakteryzują leworęczność *utajoną w typowej* jej formie, w przypadkach bowiem mniej wyraźnych cechy te nie są tak wybitne.

W ten sposób wyodrębnienie typu psychologicznego leworęczności *utajonej* pozwala nam rozpoznać leworęczność utajoną tak, jak wyraźne objawy psychologiczne epileptoidalne pozwalają na stwierdzenie epilepsji. Oczywiście człowiek, o leworęczności *jawnej*, pozbawiony jest wyżej wspomnianych cech psychicznych leworęczności utajonej.

Na tym miejscu pozwalam sobie złożyć jeszcze raz najserdeczniejsze podziękowanie Panu Dyrektorowi Adolfowi Rondthalerowi za ułatwienie badań i okazywaną życzliwość podczas mej pracy w charakterze lekarza-psychologa szkolnego Gimnazjum im. M. Reya w Warszawie.

PIŚMIENNICTWO.

Armaingaud: Sur l'opportunitè actuelle d'un appel de l'Académie de médicine à la population et au gouvernement en faveur de l'éducation et de l'utilisation égales des deux mains. Bull. Acad. Méd. Paris III, 104, 48, 1930. Zb. Bd. 59, 511 str. Engelsmann. Doboszyński L.: Ręka prawa czy obie. Przegląd Llekarski 1917 r. Ganter R.: ber Linkshändigkeit bei Epileptischen und Schwachsinnigen. All. Z. Psychiatr. 101. 1933. Zb. 72. 111 str. Stier. Haack Th.: Über die funktionelle Assymetrie der Augen. Die Bedeutung des Rechts - Links Problems für das Selenleben und die bildende Kunst. Z. angew. Psychol. 48, 1935. Zb. 77, 618 str. Grühle. Halleworden J.: Rechts und Linkshändigkeit und Gesichtausdruck. Zentralblatt f. d. ges. Neur. und Psychiatrie. Bd. 53, 560. 1929. Lejbowicz: O ręce prawej. Wiedza i Postęp 1912. Klęsk A.: Człowiek oburęczny. Kraków 1915. Kobler R.: Der Weg des Menschen von Links — zum Rechtshänder. Wien u. Leipzig 1932. Lesné et Peycelon: A quel âge un enfant cesse-t-il d'être ambidextre pour devenir droitier? Bull. Soc. Pédiatr. 32. 1934. Zb. 75. 473 str. Enke. Piédelièvre, Dérobert et Fourault: Gauchers et droitiers. Ann. Méd. lég. 14. 1934. Zb. Bd. 75. 473 str. Eyrich. Ripin Rovena: Berichte über Linkshändigkeit. Internat Z. Individ. — psychol. 1932. № 6. Richards T. W.: A clinical study of a severe case of reading di sability in a left-handed child, who was taught to read by a combined graphomotor and vocomotor method. Psychologic. Clin. 19, 285. 1931. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. Bd. 61. 176. Streścił Neustadt. Schott: Über Rechts — und Linkshändigkeit bei Geistesschwachen. Psychiatr. neur. Wsch. 1930. I. 43. Quinan Clarence: The principal sinistral types. An experimental study particuralarly as regards their relation to the so-called constitutional psychopathic states. Arch. of Neur. 24. 1930. Zb. Bd. 58. 120.

HENRYK ŻÓŁTOWSKI
mgr. jur. et rer. pol.

OBEZPŁODNIENIE W ŚWIETLE NAUK SPOŁECZNYCH.

Uwagi poniższe stanowią uzupełnienie artykułu, który się ukazał w połowie ubiegłego roku [1]), a który opracowałem w końcu roku 1934. Od tego czasu zaszły dość poważne zmiany przede wszystkim w dziedzinie ustawodawstwa państw, które uregulowały problem obezpłodnienia; wiadome są już wyniki stosowania niektórych ustaw; materiał, dotyczący tego zagadnienia, wzrósł pokaźnie, co skłania mnie do ogłoszenia poniższych uwag, które, być może, zainteresują czytelników artykułu poprzedniego.

STANY ZJEDNOCZONE AMERYKI PÓŁNOCNEJ.

Ustawodawstwo Unii w dziedzinie obezpłodnienia doznało nieznacznych tylko zmian. Do grupy stanów, posiadających odnośne ustawy, przybyła w roku 1935 Południowa Karolina (South — Carolina); podobne ustawy uchwaliły również Legislatywy stanów Georgia i Alabama: upadły one jednak na skutek veta gubernatorów, tak, że w Alabamie pozostaje w mocy dawna ustawa sterylizacyjna z roku 1919, Georgia zaś wobec tego nie posiada obecnie żadnego aktu prawnego, regulującego dziedzinę obezpłodnienia. Skasowano poza tym uznaną za niekonstytucyjną nowojorską ustawę sterylizacyjną bez zastąpienia jej nową. Obecnie więc na terenie Unii posiada ustawy sterylizacyjne wzgl. kastracyjne 28 stanów. Są to: Alabama, Arizona, California, Connecticut, Delaware, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Maine, Michigan, Minnesota, Mississipi, Montana, Nebraska, New Hampshire, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Carolina, South Dakota, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin. W powyższych stanach w ciągu roku 1935 wyjałowiono ustawowo 3103 osoby wobec 2000 przeciętnie rocznie wyjaławianych w poprzednich dwóch latach,

[1]) Henryk Żółtowski: „Obezpłodnienie w świetle nauk społecznych" — Higiena Psychiczna, rok 1935, № 3—5, str. 134—154.

1450 w latach 1928-32, oraz 448 przeciętnie wyjałowień rocznie w okresie do roku 1928. Wskazuje to na powolny, lecz stały wzrost stosowania odnośnych zabiegów, których ilość ogólna do dnia 1 stycznia 1936 r. wynosi 23166, z czego 13325 przypada na kobiety, 9841 na mężczyzn. Cyfry te obejmują, rzecz prosta, tylko zabiegi ustawowe, a więc wykonane w zakładach publicznych na podstawie odnośnych aktów prawnych. Nie są tu więc uwzględnione obezpłodnienia prywatne, stosowane przeważnie u kobiet ze wskazań profilaktycznych a u mężczyzn jako radykalny środek antykoncepcyjny, które to zabiegi, według obliczeń niektórych wynoszą tyle samo, co ustawowe tubektomie. Z ogólnej cyfry wyjałowień przypada prawie połowa, bo 10801 na Kalifornię, choć w roku 1935 na ogólną ilość 3103 zabiegów wykonano na terenie tego stanu tylko 870 operacji. Wskazuje to jednak nie na osłabienie tempa praktyki kalifornijskiej, lecz na wydatniejsze wyjaławiania w innych stanach, które doganiają pod tym względem odosobnioną dotąd na terenie Unii politykę sterylizacyjną kalifornijską. Chodzi tu przede wszystkim o stany Kansas, Minnesota, Michigan i Virginia, w których w ostatnim roku sterylizowano 147, 183, 316 wzgl. 472 osoby, czyli razem osób 1118. Mimo to prym w tej dziedzinie dzierży dotąd Kalifornia. Ciekawe są jednak zmiany w sposobie prowadzenia polityki sterylizacyjnej na terenie tego stanu, zmiany, o których pisałem już w poprzednim artykule, a które doznają dalszego pogłębienia; chodzi tu mianowicie o zjawisko coraz częstszego wyjaławiania oligofreników przy potęgującej, zda się, ostrożności w stosunku do wszystkich innych psychicznie anormalnych osobników. Uważam to, jak już pisałem[1]), za coraz wydatniejsze uwzględnianie wskazań socjalno-ekonomicznych kosztem postępującej powściągliwości w stosunku do wskazań czysto eugenicznych. Tak więc, jeżeli do 1 stycznia 1935 r. przypadało jedno wyjałowienie oligofrenika na mniej więcej 4 sterylizacje wykonane w związku z zaburzeniami psychicznymi, to w roku 1935 wyjałowiono 336 oligofreników obok 534 innych psychicznie anormalnych, — innymi słowy dawny stosunek 1:4 zmienił się teraz na stosunek prawie 2:3 na niekorzyść niedorozwoju psychicznego, co do którego przewaga momentów socjalno-ekonomicznych nad czysto eugenicznymi zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Kierownicy kalifornijskiego ruchu sterylizacyjnego nie są jednak zadowoleni z przepisów swej ustawy; opierając się na prze-

---

[1]) Loc. cytat.

szło ćwierćwiekowym doświadczeniu wnieśli pod obrady legislatywy stanowej w początku 1935 r. projekt nowej ustawy, który przewiduje stworzenie specjalnej komisji eugenicznej, złożonej z dyrektorów stanowych departamentów zdrowia, opieki społecznej oraz instytucji stanowych. Komisja ta rozpatruje wnioski o wyjałowienie, stawiane zawsze przez kierownika instytucji, pod której opieką znajdują się psychicznie anormalni. Od decyzji komisji przysługuje odwołanie do Wyższego Sądu Hrabstwa oraz prawo dalszej apelacji według przepisów postępowania cywilnego. Jako kandydatów na wyjałowienie wymienia projekt pensjonariuszy zakładów publicznych, którzy w razie zwolnienia bez uprzedniego dokonania zabiegu mogliby *„spłodzić potomstwo obarczone skłonnością do niedorozwoju lub poważnych zaburzeń fizycznych, psychicznych lub nerwowych"*. Dopuszczalnym zabiegiem jest tylko wyjałowienie. Projekt ten znajduje się obecnie pod obradami ciała ustawodawczego. Zmiany w stosunku do obecnie obowiązującego statutu eugenicznego idą przede wszystkim w następujących kierunkach:

1. wprowadzenia według wzorów niemieckich osobnego postępowania sądowego, którego nie uwzględniał dotychczasowy statut;

2. daleko idącego uogólnienia wskazań do podjęcia zabiegu przy równoczesnym sprecyzowaniu dopuszczalności jedynie wyjałowienia (wytrzebienie choć przewidziane statutem, lecz ze względów oportunistycznych dotąd niestosowane, jest tu wyraźnie zabronione);

3. wprowadzenia momentu prawdopodobieństwa dziedzicznego obarczenia potomstwa jako podstawowego wskazania sterylizacyjnego. Mogłoby się wydawać, że chodzi tu o realizację wskazań czysto eugenicznych, — taki wniosek byłby jednakże błędny. Praktyka kalifornijska rozumie odmiennie pojęcie wskazań eugenicznych: bezpośrednim celem polityki sterylizacyjnej nie jest bowiem walka z degeneracją rasy, który to termin jest dla trzeźwych Amerykanów nieco mętnym, lecz zapobieganie dziedzicznym obciążeniom ma mieć skutek bardziej uchwytny — ma poprostu finansowo odciążyć stan, który na tych upośledzonych wydaje bezproduktywnie olbrzymie sumy. Wynika to niedwuznacznie już chociażby z tytułu projektowanej ustawy, który w tłumaczeniu brzmi następująco: *„Ustawa o ustanowieniu Sta-*

nowej Komisji Eugenicznej, określająca jej uprawnienia i obowiązki, ustalająca środki opieki, ochrony i zmniejszenia liczby psychicznie upośledzonych obywateli Stanu oraz obniżenia wydatków na ich cel". Drugim momentem, przemawiającym za taką interpretacją projektu, jest włączenie w skład komisji eugenicznej dyrektora Departamentu Opieki Społecznej, który dotąd w sprawach obezpłodnienia wogóle nie współdziałał. Ponieważ komisja decyduje większością głosów, zatem kierownicy resortów polityki socjalnej będą mogli zawsze zmajoryzować przedstawiciela Departamentu Zdrowia.

MEKSYK.

26 listopada 1932 roku wydał meksykański stan Vera-Cruz ustawę, regulującą niektóre uprawnienia władzy wykonawczej. W ustępie, dotyczącym stanowych władz sanitarnych, znajduje się ogólnikowy przepis, upoważniający władze te do stosowania zabiegów wyjaławiających według swobodnego uznania dla celów eugeniki i higieny psychicznej. Z uprawnienia tego nie skorzystały one do końca 1935 r. ani razu, tak że, jak dotąd, przepis ten pozostał martwą literą.

KANADA.

Dwie prowincje kanadyjskie posiadają ustawy sterylizacyjne: wcześniejsza z nich to *„Ustawa o seksualnej sterylizacji"*, wydana w prowincji Alberta dnia 21 marca 1928 r. Przewiduje ona stworzenie komisji eugenicznej, złożonej z 4 osób, z których dwie muszą być lekarzami. Komisja rozpatruje sprawy o obezpłodnienie oraz wyznacza sposób dokonania zabiegu, przy czym decyzja winna zapaść jednomyślnie. Wnioskodawcami mogą być wyłącznie tylko kierownicy zakładów psychiatrycznych, kandydatami zaś na obezpłodnienie pacjenci, których możnaby zwolnić, o ile tylko *„niebezpieczeństwo przeniesienia upośledzenia na ewentualne potomstwo zostałoby usunięte".* Jednakże dla dokonania zabiegu poza jednomyślną uchwałą komisji eugenicznej potrzeba nadto zgody pacjenta wzgl. osoby jemu najbliższej. Zasada ta przeprowadzona jest tak rygorystycznie, że w przypadku, gdy pacjent (n. p. wychowanek przytułku) nie ma nikogo, ktoby mógł go zastąpić w wyrażeniu prawnie ważnej zgody na zabieg, sam minister zdrowia musi przejąć funkcje zastępcy ustawowego!

Tekst ustawy Alberty wskazuje na daleko idącą ostrożność kanadyjskiego ustawodawcy, który obezpłodnienie traktuje jako zabieg, wkraczający w dziedzinę praw osobistych, których nie wolno naruszyć bez zgody bezpośrednio zainteresowanego. Jest to ujęcie zgodne z tradycyjnym indywidualizmem brytyjskim: nie przyczynia się ono, rzecz prosta, do szerszego wykorzystania tego zabiegu dla celów społecznych; trudno się więc dziwić, że pierwszego ustawowego wyjałowienia dokonano dopiero w dniu 10 maja 1929 r., czyli aż w rok po wejściu w życie ustawy, i że do końca 1933 r. komisja eugeniczna zaleciła dokonanie zabiegu w 288 wypadkach, a zabieg wykonano tylko w 206. Z tych 288 wypadków 87 (30,2%) dotyczyło mężczyzn, 201 (69,8%) zaś kobiet. Powodem niedokonania zabiegu w 82 wypadkach były przede wszystkim trudności z osiągnięciem zgody pacjentów, przy czym na ogół trudniej było uzyskać zgodę mężczyzn niż kobiet, choć wasektomia w porównaniu z tubektomią jest niewątpliwie drobnostką. To skrajnie egoistyczne stanowisko mężczyzn potwierdza również doświadczenie amerykańskie. Polega to przypuszczalnie na tym, że mężczyźni uważając na ogół ciążę za „sprawę wyłącznie kobiecą", uważają również, że i zapobieganie jej winno należeć także wyłącznie do kobiety.

Na podstawie ustawy dokonano jedynie wasektomii wzgl. tubektomii. W jednym tylko wypadku, na prośbę rodziców zastosowano poza tubektomią jeszcze owariotomię epileptycznej dziewczynie o tendencjach hypererotycznych.

Ciekawe jest zestawienie wskazań, na podstawie których podjęto zabiegi: ustawa mówi wyraźnie tylko o niebezpieczeństwie ujemnej dziedziczności, a więc o wskazaniach czysto eugenicznych. W praktyce jednak niebezpieczeństwo to stwierdzono tylko w 60,8% wypadków. Wolno więc przypuszczać, że w pozostałych momenty ekonomiczne odgrywały poważną, być może nawet decydującą rolę, a to tym bardziej, jeśli się zważy, że podstawą obezpłodnienia w przeszło 66% wypadków był niedorozwój umysłowy, ustalany przeważnie metodą testów, nie mającą nic wspólnego z genetyką. Wogóle zaś w grupie 288 osób, zakwalifikowanych przez komisję do sterylizacji było 205 (71,2%) oligofreników o przeważnie lekkich postaciach upośledzenia (debilitas). Mamy więc i tu charakterystyczny przykład wagi, jaką w dziedzinie społecznej reprezentuje problem oligofrenii i to nie tyle z punktu widzenia momentów genetycznych,

ile raczej właśnie ekonomicznych, które, choć często wykluczane z tekstów ustaw ukazują swe oblicze z chwilą, gdy od teorii przechodzi do praktyki.

Interesującą nowość stanowi wreszcie sterylizacja pewnego osobnika „o wybitnie ujemnym rodowodzie, lecz poza tym normalnego"; jest to jedyny znany mi przypadek ustawowego wyjałowienia przy genotypie prawdopodobnie ujemnym, choć fenotypowo nieujawnionym. Nie ulega wątpliwości, że w danym wypadku postąpiono zgodnie z przepisami ustawy, co wskazuje na jej elastyczność w dziedzinie wskazań do podjęcia zabiegu obok dużego rygoryzmu w kwestii poszanowania t. zw. praw osobistych jednostki.

Za przykładem Alberty poszła w pare lat później druga kanadyjska prowincja, a mianowicie British-Columbia, gdzie w dniu 7 kwietnia 1933 roku wydano również „Ustawę o seksualnej sterylizacji". Jest to jak gdyby kopia ustawy Alberty, różnice bowiem między nimi są zupełnie nieistotne: a więc komisja eugeniczna składa się tu z trzech osób, z których jedna powinna być sędzią, druga — psychiatrą, trzecia zaś — osobą obznajomioną z pracą w dziedzinie opieki społecznej; dalej pacjent, o ile godzi się na zabieg, winien zgodę swą wyrazić na piśmie; wreszcie ustawa prowincji British-Columbia zawiera przepisy o kosztach dokonania zabiegu, których brak w ustawie Alberty. Poza tym zasadnicze postanowienia obu ustaw są identyczne. Ustawa Kolumbii weszła w życie 1 lipca 1933 roku; o wykonywaniu jej nie posiadam dotychczas żadnych materiałów.

DANIA.

Duńska ustawa sterylizacyjna z 1 czerwca 1929 r. była, jak to pisałem w artykule poprzednim, eksperymentem wprowadzonym na razie na okres 5 lat. Jej moc obowiązująca została jednak ustawą nr. 143 z dnia 2 maja 1934 r. przedłużona jeszcze na rok, w międzyczasie zaś opracowano w tej dziedzinie nowe normy, które wyszły jako „Ustawa nr. 176 o dopuszczalności sterylizacji i kastracji" z dnia 11 maja 1935 r.; akt ten skasował ustawę z dnia 1 czerwca 1929 oraz 2 maja 1934 i obowiązuje od 1 lipca 1935 r.

Ustawa powyższa rozróżnia trzy rodzaje zabiegów:

1. wyjałowienie (sterylizacja),
2. wytrzebienie (kastracja) ze wskazań psychiatrycznych,
3. wytrzebienie na mocy wyroku sądu karnego.

Ad 1. O dopuszczalności wyjałowienia decyduje minister sprawiedliwości po zasięgnięciu opinii rady sądowo-lekarskiej. Podstawą jest przede wszystkim wzgląd na dobro ogółu, poza tym bierze się pod uwagę jeszcze następujące warunki:

A. — w stosunku do psychicznie normalnych:

a) specjalne względy przemawiające za wyjałowieniem, przede wszystkim niebezpieczeństwo dziedzicznego obciążenia potomstwa (a więc i tu, jak w Kanadzie, można wyjałowić osobnika fenotypowo zdrowego, lecz o genotypie prawdopodobnie ujemnym),

b) stawienie wniosku przez bezpośrednio zainteresowanego;

B. — w stosunku do psychicznie anormalnych (z wykluczeniem oligofreników, do których odnoszą się przepisy ustawy nr. 171 z dnia 16 maja 1934):

a) specjalne względy przemawiające za uniemożliwieniem uzyskania potomstwa,

b) stawienie wniosku —

1) w stosunku do osobników przebywających na wolności — przez nich samych, względnie przez ich ustawowych zastępców,

2) w stosunku do osobników przebywających w opiece zakładowej — ponadto przez kierownika zakładu.

Ad 2. O dopuszczalności wytrzebienia psychiatrycznego decyduje również minister sprawiedliwości po zasięgnięciu opinii rady sądowo-lekarskiej. Podstawą jest konieczność osłabienia popędu płciowego, jeżeli alternatywnie naraża on pacjenta:

a) na niebezpieczeństwo popełnienia przestępstwa,

b) na znaczne cierpienia psychiczne,

c) na obniżenie jego stanowiska społecznego.

Poza tym muszą zaistnieć między innymi, następujące warunki:

A. — w stosunku do psychicznie normalnych:

a) osiągnięcie pełnoletności,

b) stawienie wniosku przez bezpośrednio zainteresowanego,

B. — w stosunku do psychicznie anormalnych (z włączeniem oligofreników):

1. stawienie wniosku —

1) gdy chodzi o osobników przebywających na wolności — przez nich samych przy współudziale zastępcy ustawowego,

2) gdy chodzi o osobników przebywających w opiece zakładowej — ponadto przez kierownika zakładu za zgodą lekarza zakładowego lub urzędowego.

Ad 3. Wytrzebienie kryminalne zarządzić może sąd karny po zasięgnięciu opinii rady sądowo - lekarskiej drogą wyroku, skazującego za jedno z wyczerpująco podanych przestępstw seksualnych, jak np. zgwałcenie, zhańbienie, nierząd z osobami tej samej płci itp., o ile kumulatywnie:

a) oskarżony jest pełnoletni,

b) uznany zostanie w tej dziedzinie za niebezpiecznego przestępcę,

c) zachodzi niebezpieczeństwo popełnienia dalszych poważnych przestępstw na tle seksualnym,

d) groźba kary nie zapobiegnie recydywie.

Wytrzebienie kryminalne dopuszczalne jest zarówno w stosunku do mężczyzn jak i do kobiet.

Dalsze przepisy ustawy regulują kwestie proceduralne, sprawę kosztów i zachowania tajemnicy oraz zakazują stosowania odnośnych zabiegów prywatnie.

Ustawa powyższa odzwierciedla doświadczenia poczynione w ciągu 6 lat obowiązywania odnośnego ustawodawstwa duńskiego; widać na niej poza tym wpływ ustawodawstwa III Rzeszy, przede wszystkim zaś noweli do K. K. niemieckiego z dnia 24 listopada 1933 r. Najistotniejsze, moim zdaniem, zmiany w stosunku do skasowanej ustawy z dnia 1 czerwca 1929 r. idą w trzech kierunkach:

1. Przełamana została zasada dobrowolności zabiegów, utrzymana nader rygorystycznie w poprzedniej ustawie. Obecnie w stosunku do internowanych psychicznie anormalnych można zastosować tak wyjałowienie jak i wytrzebienie już na mocy wniosku kierownika zakładu, a więc bez zasięgania zgody pacjenta wzgl. jego ustawowego zastępcy. Sprzyja to niewątpliwie wydatniejszemu obezpładnianiu ze wskazań społecznych.

2. W dziedzinie wyjałowienia psychicznie normalnych dopuszczono wyraźnie wskazania eugeniczne, które autorzy ustaw poprzednich uważali za przedwczesne. Jest to przypuszczalnie wpływ niemieckiego ustawodawstwa eugenicznego.
3. Wprowadzono kastrację przymusową w charakterze środka polityki kryminalnej, kopiując w tym względzie niemiecką ustawę z dnia 24 listopada 1933 r. Przepisy niemieckie rozszerzono tu jednak również na kobiety, które w Niemczech wyłączono z pod działania ustawy kastracyjnej.

Na ogół tedy można powiedzieć, że doświadczenia duńskie z próbną ustawą z dnia 1 czerwca 1929 r. musiały być dodatnie, gdyż doprowadziły do wydatnego rozszerzenia zasięgu obezpładniania ustawowego. Krąg osób, które mogą być poddane tym zabiegom, jest w Danii poniekąd nawet szerszy niż w III Rzeszy, mimo że tam przymusowemu wyjaławianiu można poddawać nie tylko osobników internowanych, jak to postanawia ustawa duńska. Jednakże ewentualnej sterylizacji ustawowej podlegają w Danii nie tylko jednostki fenotypowo chore: ustawa duńska dopuszcza wyraźnie sterylizację także osób normalnych, lecz mogących spłodzić upośledzone potomstwo; podstawą zabiegu w Danii może tedy być nie tylko fenotypowo zdeklarowany obraz kliniczny jak w III Rzeszy, ale również prawdopodobnie ujemny genotyp, fenotypowo nieujawniony. A dalej, gdy tekst ustawy duńskiej mówi, że można sterylizować psychicznie anormalnych, jeśli *„przemawiają za tym względy na dobro ogółu"* oraz *„możność uważania za istotne dla pacjenta, by nie posiadał więcej potomstwa"*, to praktycznie pod takie elastyczne określenia dają się podciągnąć wszelkie wskazania społeczne, podczas gdy ustawa niemiecka uznaje explicite tylko czystą indykację eugeniczną, a i to jeszcze ograniczoną do pewnych obrazów klinicznych. Wreszcie karna ustawa kastracyjna III Rzeszy poddaje temu zabiegowi tylko mężczyzn, podczas gdy w Danii można zastosować wytrzebienie karne również i do kobiet.

Poza ustawą z dnia 11 maja 1935 roku pozostaje w mocy streszczona w poprzednim artykule ustawa nr. 171 z dnia 16 maja 1934 r., dotycząca oligofreników: jeśli więc chodzi o wyjałowienie, to psychicznie niedorozwinięci podlegają tym właśnie przepisom, wszyscy zaś inni kandydaci do sterylizacji — ustawie z dnia 11 maja 1935 r. W sprawie kastracji zaś wszyscy ewentualni kandydaci do tego zabiegu podlegają bez wyjątku ustawie z dnia 11 maja 1935.

Ta dwutorowość tłumaczy się, tak samo zresztą jak i w U. S. A., odmiennymi urządzeniami opiekuńczymi, istniejącymi w Danii dla oligofreników, uważanych zgodnie z dzisiejszym stanem psychiatrii za nieuleczalnych. O ile więc innych psychicznie anormalnych dzisiejsza medycyna zawsze próbuje leczyć, o tyle w stosunku do oligofreników, w wypadku, gdy stan pacjenta nie pozwala mu na przystosowanie się do istniejącego ustroju społecznego, stosuje poprostu odosobnienie.

Ciekawą będzie rzeczą po pewnym czasie stwierdzić, jak dalece praktyka duńska wykorzysta w dziedzinie obezpładniania pozostawione jej nader szerokie możliwości ustawowe.

NIEMCY.

III Rzesza znajduje się również w okresie rozbudowy swego ustawodawstwa w dziedzinie obezpłodnienia. Okazuje się, że ustawy z dnia 14 lipca i 24 listopada 1933 r. były właściwie tylko wstępem do szeroko zakrojonej polityki sterylizacyjno-kastracyjnej. Znowelizowano tedy dwukrotnie *„Ustawę o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu"* — w dniu 26 czerwca 1935 roku i w dniu 4 lutego 1936. Nowela pierwsza wprowadza dobrowolne, ustawowe przerywanie ciąży ze wskazań eugenicznych oraz dobrowolne, ustawowe wytrzebienie mężczyzn ze wskazań psychiatrycznych, poza tym zaś legalizuje terapeutycznie wskazane spędzenie płodu; nowela druga dotyczy techniki wykonywania zabiegów obezpładniających. Poza takim znowelizowaniem tekstu samej ustawy uzupełniono i rozbudowano zawarte w niej przepisy za pomocą 5-ciu rozporządzeń wykonawczych, wydanych: 5 grudnia 1933 r., 29 maja 1934 r., 25 lutego i 18 lipca 1935 r. oraz 25 lutego 1936 r., nie licząc całej powodzi rozporządzeń, okólników i instrukcji ministrów oraz władz niższych. Kierunek tej rozbudowy jest jasny: z jednej strony uwydatnia on coraz dalej sięgającą „etatyzację" zabiegów obezpładniających, z drugiej zaś — rozszerzenie realizacji wskazań eugenicznych poza dziedzinę właściwego obezpłodnienia.

Jeżeli chodzi o postępujące upaństwowienie zabiegów obezpładniających, to tu zasadnicze znaczenie posiada IV rozporządzenie wykonawcze z dnia 18 lipca 1935 r. Wprowadziło ono instytucję t. zw. „urzędów biegłych" (Gutachterstellen), których zadaniem jest rozstrzyganie, czy istnieją wskazania terapeutyczne do podjęcia niektórych zabiegów genitalnych. Sieć tych urzędów po-

kryła cały kraj: poszczególne „Gutachterstellen“ powstały z rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych, który mianuje poza tym ich kierowników. Kierownik urzędu powołuje dla każdej sprawy dwóch biegłych, których zadaniem jest składanie odpowiednich orzeczeń lekarskich, przede wszystkim zaś, gdy chodzi o wyjałowienie kobiety ze wskazań profilaktycznych. Jeżeli tedy poprzednio tak wskazana sterylizacja podlegała tylko obowiązkowi meldunkowemu ex post, to teraz wymagane jest poza uprzednią zgodą bezpośrednio zainteresowanej również jeszcze przychylne orzeczenie właściwego urzędu biegłych.

Jednakże kompetencja tych urzędów nie kończy się na sterylizacji profilaktycznej: mianowicie nowela do ustawy o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu z dnia 26 czerwca 1935 r. rozstrzygnęła między innymi długoletni spór prawników niemieckich na temat dopuszczalności terapeutycznie wskazanego spędzania płodu; obecnie jest ono wyraźnie dozwolone, o ile lege artis przeprowadza je lekarz, uprawniony do wykonywania praktyki na terenie Rzeszy i po uzyskaniu zgody pacjentki oraz właściwego urzędu biegłych. Tak tedy urzędy biegłych orzekają o dopuszczalności profilaktycznie wskazanego wyjałowienia oraz terapeutycznie wskazanego przerwania ciąży: zasięganie zgody urzędów tych na dokonanie powyższych zabiegów nie jest jednak wymagane, gdy zaistnieje bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjentki.

Wreszcie kontroli Państwa poddano również psychiatrycznie wskazaną kastrację dobrowolną. Wspomniana wyżej nowela z dnia 26 czerwca postanawia mianowicie, że wytrzebienia wolno dokonać tylko wtedy, gdy orzeczeniem lekarza urzędowego lub sądowego stwierdzono konieczność zabiegu dla oswobodzenia pacjenta od anormalnego popędu płciowego, na tle którego należałoby się obawiać popełnienia dalszych przestępstw seksualnych. Przepis ten nie narusza w niczem postanowień karnej ustawy kastracyjnej z dnia 24 listopada 1933 r.

Tak więc widzimy postępującą ingerencję państwa w dziedzinie terapii indywidualnej, uważanej do niedawna za nienaruszalną domenę swobodnej decyzji bezpośrednio zainteresowanego. Dla dokonania profilaktycznie wskazanego wyjałowienia, terapeutycznie wskazanego przerwania ciąży lub psychiatrycznie wskazanego wytrzebienia mężczyzny potrzeba dziś poza dotychczasowymi wy-

mogami jeszcze dodatkowo uprzedniej zgody władzy. Poddanie tych zabiegów takiej kontroli publicznej tłumaczy się ich związkiem z problemem aktywnego bilansu demograficznego, o który wre dziś zacięta walka na obszarze III Rzeszy. Z terapeutycznie wskazanych zabiegów obezpładniających pozostają prywatnymi tylko takie, które dokonuje się na podstawie indykacji klinicznej, choć i one podlegają obowiązkowi meldunkowemu ex post. Niezupełnie jasną jest kwestia psychiatrycznie wskazanego wytrzebienia kobiety; osobiście uważałbym je w obecnym stanie ustawodawstwa za zabieg zakazany.

Jeżeli postępującą etatyzację zabiegów obezpładniających uważać będziemy za przejaw walki państwa o ilościowy poziom swej ludności, to z drugiej strony widzimy, że III Rzesza bynajmniej nie zaniedbuje problemu jakościowego jej składu. O ile nie wyszła ona dotąd poza ściśle określone obrazy kliniczne jako wskazania sterylizacyjne i o ile nie pozwala dotąd na wyjaławianie ujemnych, choć fenotypowo nie ujawnionych genotypów, które widzieliśmy w Kanadzie i w Danii, o tyle rozszerzyła realizację wskazań eugenicznych w sposób innym ustawodawstwom najzupełniej nieznany. Nowela z 26 czerwca wprowadziła mianowicie eugenicznie wskazane przerywanie ciąży, skąd już krok tylko do eutanazji. Zresztą jakościowa różnica między eutanazją a przerwaniem ciąży istnieje tylko w dziedzinie nauk społecznych, z punktu widzenia biologicznego mamy tu różnicę tylko ilościową. Otóż nowela postanawia, że można przerwać ciążę, o ile kumulatywnie zaistnieją następujące warunki:

1. prawomocna uchwała sądowa orzekajaca sterylizację ciężarnej,
2. zgoda bezpośrednio zainteresowanej,
3. podjęcie zabiegu przed upływem 6. miesiąca ciąży,
4. brak poważnego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjentki.

Zwraca uwagę, że takie eugenicznie wskazane, a więc w interesie ogółu przedsięwzięte spędzenie płodu, uzależnione jest bezwzględnie od zgody jednostki; stoi to w sprzeczności z praktyką sterylizacyjną, która w wypadku zaistnienia wskazań społecznych daje jednostce właściwie tylko względne prawo głosu. Widocznie ustawodawca niemiecki uważa w wypadku przerwania ciąży interes ogółu za mniej poważny lub interes indywidualny za zbyt istotny, by bezpośrednio zainteresowanej odmówić prawa veta absolutnego.

Technicznego wreszcie rozszerzenia zabiegów obezpładniających dokonała nowela z 4 lutego br. wraz V rozporządzeniem wykonawczym z 25 lutego br. Dotąd dopuszczalnymi dla celów obezpłodnienia były wyłącznie tylko zabiegi chirurgiczne. Na podstawie jednak powyższych aktów prawnych zezwolono na stosowanie w celu wyjałowienia kobiety także metody promienioaktywnej (roentgen, rad), jeśli kumulatywnie:

1. pacjentka liczy powyżej 38 lat życia,
2. zabieg chirurgiczny połączony jest z niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, albo napromienienie narządów rodnych jest w ogóle terapeutycznie wskazane,
3. kierownik urzędu zdrowia wyrazi swą zgodę,
4. pacjentka wyrazi swą zgodę.

Promienioaktywne wyjaławianie mężczyzny jest dziś jeszcze niedozwolone, prawdopodobnie z powodu niepewności działania tej metody na męskie narządy genitalne.

Dane dotyczące wykonywania niemieckich ustaw z dziedziny obezpłodnienia są niestety nader skromne. O ile mi wiadomo, ogłoszono dotychczas tylko ogólnikowe sprawozdanie urzędowe, podające statystyczne obliczenie zabiegów wykonanych na mocy ustawy o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu, za rok 1934. W okresie tym wpłynęło do 205 sądów zdrowia dziedzicznego 84.525 wniosków o wyjałowienie, z czego załatwiono 64.499, i to pozytywnie 56.244, negatywnie 3.692, podczas gdy 4.563 załatwiło się w inny sposób (cofnięcie, śmierć itp.). Z tych 56.244 faktycznie wykonanych zabiegów przypadło 28.286 na mężczyzn i 27.958 na kobiety. W odsetkach załatwiono tedy 74,9% stawionych wniosków, z czego 93,8% pozytywnie i 6,2% negatywnie. Przeciwko zarządzonemu wyjałowieniu wniesiono odwołanie w 8219 (14,6%) wypadkach, z których w roku 1934 załatwiono 5245: z tych 377 (7,2%) było skutecznych, 4559 bezskutecznych, 309 odwołań załatwiło się w inny sposób. Odwołania przeciwko odrzuconym wnioskom o wyjałowienie wniesiono w 438 (11,9%) wypadkach: z odwołań tych załatwiono w roku 1934 — 299, i to 179 pozytywnie, 108 negatywnie, 12 odwołań załatwiło się w inny sposób. Raport nie podaje niestety wskazań, które stały się powodem stawienia wniosku o wyjałowienie. Z fragmentarycznych obliczeń prywatnych (Lange, Kopp) wynika, że blisko 50% wniosków stawiono w związku z niedorozwojem psychicznym i że olbrzymia większość

operowanych to pacjenci poddani opiece zakładowej. Tak np. w okręgu hamburskim podstawą wniosku była w 45,7% oligofrenia, w 29,6% schizofrenia, w 17,8% epilepsja, w 2,9% psychoza cyrkularna. Obliczenia z okręgu kilońskiego podają jeszcze wyższy odsetek oligofrenii: na 249 wniosków 216 dotyczyło oligofrenii, 10 schizofrenii, 10 epilepsji, 13 alkoholizmu. Cyfry te potwierdzają na ogół rezultaty praktyki sterylizacyjnej w innych krajach: na plan pierwszy wysuwa się obraz niedorozwoju psychicznego, dający nie tylko główny kontyngent kandydatów na czysto eugeniczne wyjałowienie, ale stanowiący również podstawowe zagadnienie całokształtu dalekowzrocznej polityki socjalnej na tle przede wszystkim momentów gospodarczych i demograficznych. Obliczenia prywatne za rok 1935 stwierdzają, że tempo wyjałowień nie tylko nie osłabło, ale przeciwnie — wzrosło i że cyfra zabiegów w tym roku przekroczy pewnie 100.000.

Nieco obfitsze są dane dotyczące wykonywania karnej ustawy kastracyjnej z dnia 24 listopada 1933. Pierwsze doniesienia prywatne za rok 1934 podawały cyfrę ca 200 wykonanych w roku tym zabiegów. Z raportu urzędowego okazuje się jednak, że cyfra ta jest niewątpliwie grubo wyższą. I tak w ciągu roku 1934 wydały sądy karne 672 już prawomocne orzeczenia kastracyjne: z cyfry tej przypada 307 wyroków na postępowanie karne, 365 zaś na postępowanie zabezpieczające. W roku 1935 wydały sądy karne 324 już prawomocne wyroki skazujące na wytrzebienie, z czego 240 przypada na postępowanie karne, 84 zaś na postępowanie zabezpieczające. Ponieważ przepisy prawne nakazują jak najszybsze wykonanie wyroku po jego uprawomocnieniu się, należy przypuszczać, że cyfra wykonanych w obydwóch latach wytrzebień wynosi w Niemczech około 900 na 996 już prawomocnych orzeczeń. Duża ta liczba nie jest jednak zjawiskiem normalnym: tłumaczy ją prawdopodobnie fakt wszczynania już w dwóch pierwszych latach obowiązywania ustawy kastracyjnej postępowania zabezpieczającego w stosunku do przestępców seksualnych, prawomocnie osądzonych jeszcze przed wejściem w życie odnośnej ustawy. Wynika to jasno z zestawienia według kwartałów liczby orzeczeń kastracyjnych w tem postępowaniu. W roku 1934 odnośne pozycje wynoszą: 54 (1. kwartał), 157 (2. kwartał), 69 (3. kwartał), 85 (4. kwartał), w roku zaś 1935: 33 (1. kwartał), 29 (2. kwartał), 16 (3. kwartał) i 6 (4. kwartał). Wyraźnie malejący ten szereg wskazuje na wyczerpywanie się kontyn-

gentu podpadających pod postępowanie zabezpieczające przestępców seksualnych, tak że w roku bieżącym należy się liczyć z ukończeniem odnośnych spraw. Normalne postępowanie karne dało w pierwszym roku 307, w drugim zaś 240 już prawomocnych wyroków kastracyjnych. I tu mamy więc pewien spadek: czy tłumaczyć go skutecznością nowych, zaostrzonych metod walki z przestępczością, wprowadzonych na terenie III Rzeszy? Ostatnie bowiem zestawienia urzędowe za rok 1934 i 1935 wskazują na niewątpliwe ilościowe zmniejszenie się przestępczości u naszego zachodniego sąsiada.

WOLNE MIASTO GDAŃSK.

Wiemy już, że Gdańsk niewolniczo skopiował ustawodawstwo Rzeszy (i to nie tylko w dziedzinie obezpłodnienia), zmieniając właściwie tylko daty odnośnych aktów. I tak niemiecki „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14 Juli 1933" (ustawa sterylizacyjna) wyszedł w Wolnem Mieście jako „Rechtsverordnung zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 24 November 1933", zaś niemiecki „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Massregeln der Sicherung und Besserung vom 24 November 1933" (ustawa kastracyjna) — jako „Verordnung gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Massregeln der Sicherung und Besserung vom 28 Februar 1934". Co do wykonywania tych rozporządzeń, to — jeśli chodzi o ustawę kastracyjną — brak wszelkich danych. Co do ustawy sterylizacyjnej, to mamy oświadczenie przedstawiciela Senatu, złożone w dniu 24 marca br. na posiedzeniu komisji budżetowej Volkstagu: podał on, że do tego czasu zapadło na terenie Wolnego Miasta 618 prawomocnych orzeczeń sterylizacyjnych, z których wykonano 505: 276 dotyczyło mężczyzn, 259 — kobiet. Wskazań do podjęcia zabiegów, niestety, i tu nie podano.

ISLANDIA.

Islandzka „Ustawa o antykoncepcji u kobiet i o przerywaniu ciąży" z dnia 28 stycznia 1935 r. uwzględnia wyłącznie momenty indywidualne: nie jest to więc norma podobna do wyżej omówionych, wyrosłych na tle pewnych konieczności społecznych i dążących do rozwiązania problemów obchodzących daną grupę jako całość. Ustawa islandzka stanowi raczej próbę rozwiązania spornego na gruncie prawa zagadnienia stosunku lekarza do pacjenta

w dziedzinie genitalnej: określa ona obowiązki i uprawnienia lekarza w sprawie świadomego regulowania rozrodu, przedsiębranego wyłącznie w interesie jednostki.

Ustawa rozróżnia trzy rodzaje zabiegów:

1. antykoncepcję,
2. sterylizację,
3. przerwanie ciąży.

Ad 1. Ustawa zobowiązuje każdego lekarza do dania kobiecie wskazówek w sprawie stosowania środków antykoncepcyjnych, gdy alternatywnie:

a) lekarz stwierdzi, że ciąża stanowi niebezpieczeństwo dla zdrowia jego pacjentki,

b) gdy pacjentka, nawet w braku stwierdzenia takiego niebezpieczeństwa, wskazówek takich zażąda.

Laikom dawanie takich wskazówek jest wzbronione.

Ad 2. Ustawa uprawnia lekarza do wyjałowienia kobiety, gdy kumulatywnie:

a) ciąża grozi niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia kobiety,

b) zajście w ciążę jest prawdopodobne,

c) bezpośrednio zainteresowana zgodzi się na zabieg.

Mamy tu więc ulegalizowanie profilaktycznie wskazanego wyjałowienia prywatnego.

Ad 3. Ustawa uprawnia lekarza do przerwania ciąży, gdy kumulatywnie:

a) brak więcej niż 12 tygodni do ukończenia ciąży, którą ustawa oblicza na 40 tygodni;

b) istnieje poważne niebezpieczeństwo dla zdrowia ciężarnej; w ramach tego niebezpieczeństwa lekarz może uwzględnić nie tylko momenty ściśle zdrowotne, ale i takie, jak np. ciężką sytuację materialną ciężarnej, posiadanie licznego gospodarczo niezabezpieczonego potomstwa itp.;

c) bezpośrednio zainteresowana zgodzi się na zabieg.

Gdy ciąża trwała już ponad 8 tygodni, to dochodzą tu ponadto jeszcze następujące dwa warunki:

a) istnienie szczególnie poważnego niebezpieczeństwa dającego się usunąć jedynie przez przerwanie ciąży;

b) znacznie mniejsze niebezpieczeństwo zabiegu niż to, które wynika z dalszego rozwoju ciąży.

Mamy tu więc ulegalizowane spędzenie płodu z mieszanej indykacji — indywidualno-terapeutycznej i ekonomicznej, przypominające pierwotne sformułowanie w łonie naszej komisji kodyfikacyjnej dzisiejszego art. 233 Kodeksu Karnego.

Ustawa islandzka zajmuje więc zupełnie odrębną pozycję w grupie ustaw z dziedziny obezpłodnienia: dąży ona do rozszerzenia uprawnień indywidualnych bez oglądania się na interes społeczny, podczas gdy odwrotnie wszystkie inne akty prawne ograniczają tu mniej lub więcej swobodę decyzji jednostki, z uwagi na dobro ogółu.

FINLANDIA.

Dziedzinę obezpłodnienia uregulowały tu dwa akty prawne: „Ustawa sterylizacyjna" z dnia 13 czerwca 1935 r. oraz „Rozporządzenie sterylizacyjne" z tej samej daty. Prawo fińskie rozróżnia dwa rodzaje zabiegów:

I. Obezpłodnienie przymusowe, któremu podlegają:

1) psychicznie niedorozwinięci o rozwoju umysłowym dziecka do lat 14,

2) psychicznie chorzy, cierpiący na schizofrenię, psychozę cyrkularną lub inną psychozę uznaną za dziedziczną;

wskazaniem zabiegu jest tu:

a) niebezpieczeństwo przejścia upośledzenia na potomstwo (indykacja eugeniczna),

b) pozbawienie ewentualnego potomstwa opieki (indykacja socjalno-ekonomiczna);

zabiegiem dopuszczalnym jest tu wyjałowienie chirurgiczne, wnioskodawcą:

a) w stosunku do osób internowanych kierownik zakładu,

b) w stosunku do osób przebywających na wolności właściwy urząd zdrowia;

3) niebezpieczni przestępcy seksualni.

Wskazaniem zabiegu jest tu groźba recydywy (indykacja kryminalno-polityczna), zabiegiem dopuszczalnym — wytrzebienie chirurgiczne, wnioskodawcą zaś:

a) w stosunku do osób przebywających w zakładach karnych — kierownik zakładu,

b) w stosunku do osób przebywających na wolności — władza policyjna.

II. Obezpłodnienie dobrowolne, któremu mogą się poddać osoby pełnoprawne, jeżeli istnieje niebezpieczeństwo:

1) wydania na świat upośledzonego potomstwa (indykacja eugeniczna) lub
2) popełnienia przestępstwa na tle anormalnego popędu płciowego (indykacja kryminalno-polityczna).

Zabiegiem dopuszczalnym w pierwszym wypadku jest wyjałowienie chirurgiczne, w drugim wytrzebienie chirurgiczne, wnioskodawcą bezpośrednio zainteresowany.

Wszełkie wnioski o obezpłodnienie rozpatruje Państwowy Urząd Zdrowia, od orzeczenia którego przysługuje odwołanie do Sądu Najwyższego, który rozstrzyga ostatecznie.

Ustawa fińska nie robi różnicy między mężczyzną i kobietą: obezpłodnieniu przymusowemu poddaje zarówno osoby internowane jak i przebywające na wolności; ze wskazań socjalnych uwzględnia zarówno indykację eugeniczną, jak ekonomiczną i kryminalno-polityczną, formułując je przy tym tak elastycznie, że obejmują one nie tylko osobników fenotypowo, ale i jedynie genotypowo anormalnych. Kryterium uznania za oligofrenika jest przy tym psychotechniczne, co umożliwia szerokie stosowanie ekonomicznie wskazanego wyjałowienia. Innymi słowy pozostawia ustawa fińska daleko szersze pole działania praktyce sterylizacyjno-kastracyjnej, niż inne ustawy północno-europejskie, szersze nawet, niż je stworzyło ustawodawstwo III Rzeszy. Przyszłość pokaże, jak dalece kierownicy fińskiej polityki socjalnej wykorzystają olbrzymie możliwości ustawowe, i czy Finlandia stanie się jak Niemcy terenem masowego eksperymentu sztucznej regeneracji jakościowej narodu.

Trudno dziś jeszcze wyciągać jakieś dalej idące wnioski z powyżej naszkicowanego stanu rzeczy. Jeżeli jednak parę lat temu communis opinio uważała politykę obezpładniania za ryzykowny bluff amerykański, to dziś faktem jest, że ponad 160 000 000 ludzi żyje pod mocą obowiązującą podobnych ustaw, uważanych w tych krajach za skuteczny środek jakościowej polityki populacyjnej. Jeżeli niektóre państwa kładą większy nacisk na momenty eugeniczne, inne zaś wysuwają na plan pierwszy gospodarczą stronę zagadnienia, to jest to właściwie tylko teoria: praktyka bowiem, niezależnie od teoretycznego nastawienia poszczególnego ustawodawcy, wyniosła wszędzie na czoło zagadnień jakościowej

polityki socjalnej problem niedorozwoju psychicznego. Można się do niego ustosunkować eugenicznie i żądać wyjałowienia oligofreników na tle siły dziedziczenia odnośnego upośledzenia: wszak gemelliologiczne badania S m i t h a wykazały w stosunku do tego zaburzenia zgodność zachowania się 88% bliźniąt jednojajowych, a tylko 7% dwujajowych; empiryczna prognoza szkoły R ü d i n a wykazała, że w wypadku jednostronnego obciążenia potomstwo 33—50% jest oligofreniczne, w wypadku zaś, gdy obydwoje rodzice są upośledzeni — w 90%. Sytuacja nie bardzo jednak się zmienia, gdy rozpatrujemy niedorozwój z punktu widzenia socjalno-ekonomicznego: każde zbiorowisko osobników aspołecznych wzgl. antyspołecznych wykazuje nieprawdopodobnie wysoki odsetek tych upośledzonych: w poddanych analizie grupach włóczęgów, przestępców czy prostytutek stwierdzili poszczególni uczeni 20, 30, 36 a nawet przeszło 54% oligofreników, podczas gdy przeciętny odsetek tych upośledzonych wśród ogółu ludności oblicza się z reguły na 1%. Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę obciążenie budżetu ogólnospołecznego na rzecz utrzymania tych upośledzonych, a równocześnie fakt, że t. zw. regulacja urodzeń w warstwach społecznie pełnowartościowych, ponoszących ciężary socjalne, rozszerza się przede wszystkim na tle momentów gospodarczych, to zrozumiałym staje się postulat sterylizowania oligofreników również na tle wskazań socjalno-ekonomicznych, a więc celem odciążenia budżetu ogólno-społecznego. Niezależnie bowiem od momentów genetycznych trudno przypuścić, by duży odsetek nawet zdrowego potomstwa oligofreników mógł społeczeństwu zwrócić te koszta, które powoduje z reguły konieczność utrzymywania i wychowywania go przez czas dłuższy na koszt publiczny. Jeżeli zaś ponadto staniemy przed wyborem — umożliwienia posiadania potomstwa przez oligofreników (wstrzymując się od ich wyjaławiania), albo też przez jednostki społecznie pełnowartościowe (odciążając je finansowo za pomocą wyjaławiania oligofreników) — to wybór kierunku polityki socjalnej nie powinien w zasadzie budzić wątpliwości, tym bardziej że właśnie psychicznie niedorozwinięci wykazują króliczą wprost rozrodczość, grubo przekraczającą normę pozostałej ludności danej grupy społecznej. A wreszcie, jeśli przyjmie się konieczność sztucznego zahamowania rozrodu psychicznie niedorozwiniętych, to abstrahując od momentów natury teoretycznej należy wprowadzić sterylizację przymusową przynajmniej w zasadzie: widzimy bowiem,

że właśnie u oligofreników najtrudniej uzyskać zgodę na zabieg, któremu inne grupy psychicznie anormalnych poddają się bez większych trudności. Doświadczenia kanadyjskiej prowincji Alberta są pod tym względem nader pouczające, a potwierdza je praktyka w U. S. A. i w Niemczech, gdzie mimo istnienia przymusu dąży się na ogół do unikania środków drastycznych. Dlatego też olbrzymia większość państw, które uregulowały dziedzinę obezpłodnienia, wprowadziła postanowienia, przewidujące przymusowe stosowanie zabiegów w tej czy innej formie.

W poprzednich artykułach poruszałem niektóre strony problemu obezpłodnienia z punktu widzenia raczej teoretycznego, obecnie należy stwierdzić, że pierwsze doświadczenia nowoczesnej polityki sterylizacyjnej wysunęły oligofrenię jako najpoważniejszy argument, nie tylko eugeniczny, ale i socjalno-ekonomiczny oraz kryminalno-polityczny, za stosowaniem wyjaławiania, i to w charakterze środka przynajmniej w zasadzie przymusowego.

JÓZEF KIRSCHNER.

UWAGI O PROJEKCIE USTAWY EUGENICZNEJ[1]).

Ogłoszony w roku ubiegłym przez Polskie Towarzystwo Eugeniczne projekt ustawy eugenicznej[2]) stara się połączyć dwojakiego rodzaju zadania, jakie sobie postawiła nowoczesna eugenika jako wiedza stosowana w zakresie dziedziczności; jednym zadaniem byłoby zapobieganie przychodzeniu na świat osobników biologicznie mało wartościowych, drugim — zwiększenie w danym społeczeństwie ilości osób o wysoko wartościowych cechach. Część zapobiegawczą projektu stanowią działy: I — o poradnictwie przedślubnym i IV — zatytułowany w sposób fatalny: o zmniejszeniu ciężarów związanych z opieką społeczną. Celom eugeniki pozytywnej albo raczej konstruktywnej mają służyć przepisy działu II — o pomocy dla nowożeńców; dział III wreszcie proponuje założenie t. zw. kartotek zdrowia (chyba „stanu zdrowia").

Pragnę krótko omówić pierwsze trzy działy, a natomiast dłużej zatrzymać się nad działem IV. Czynię to ze względu na to, że wywołał on najwięcej sporów i jest bodaj że najaktualniejszy.

Pomoc dla nowożeńców ma być według projektu udzielana jedynie „osobom pod względem fizycznym i psychicznym wartościowym". Postulat taki łatwo postawić, ale dokładniej trudno go określić i urzeczywistnić. Kto bowiem jest fizycznie i psychicznie wartościowym? Projekt ustawy wylicza jako wartościowe następujące kategorie obywateli: „ludzie młodzi, odznaczający się zdolnościami w szkole, zaletami w pracy zawodowej, społecznej, naukowej i artystycznej, jednostki wartościowe pod względem psychicznym i moralnym, zasłużeni w zakresie rozwoju fizycznego, specjaliści we wszystkich działach pracy fizycznej i umysłowej,

[1]) Częściowo według referatu, wygłoszonego w Towarzystwie Neurologicznym w Krakowie dnia 4. X. 1935 r.

[2]) W chwili obecnej znajduje się już w opracowaniu nowy projekt. Ponieważ nie jestem w jego posiadaniu, więc w rozważaniach swych muszę się oprzeć na zeszłorocznym.

pracownicy państwowi cywilni i wojskowi, samorządowi i gminni". Wyliczenie to mówi za siebie. Dla celów eugenicznych jest ono zupełnie nieprzydatne. W państwach, w których subsydia dla nowożeńców zostały wprowadzone, są one połączone z progresywnymi ulgami podatkowymi i ew. dodatkami od uposażeń za każde dziecko, premiami dla położnych, karami za sztuczne poronienie itd. i mają za cel spowodowanie wzrostu liczby urodzeń; we Francji i Włoszech urządzenia te dotyczą całej ludności — mają więc populacyjne, a nie eugeniczne znaczenie; w Niemczech udzielenie pożyczki czy ulgi zależy od stwierdzonego badaniem lekarskim zdrowia, braku obarczenia dziedzicznego oraz „aryjską czystością rasową"; w ten sposób łączą Niemcy tendencję do pomnażania liczby ludności i dążność do popierania przede wszystkim małżeństw ludzi zdrowych i dziedzicznie nie obarczonych z rzekomo naukowym pojęciem przynależności do jednej rasy. W Polsce nie możnaby, moim zdaniem, przeprowadzić programu rasistowskiego z różnych, ogólnie wiadomych względów, nawet gdyby się nie brało pod uwagę braku naukowego uzasadnienia tego programu, a więc właściwie jego bezwartościowość z punktu widzenia eugenicznego. Na popieranie wszystkich wielodzietnych małżeństw nie stać Polski. Niektóre kategorie osób, które znalazły łaskę w oczach projektodawcy, nie stanowią w całości elity biologicznej (bo o taką elitę tu chodzi) ludności, wielkie bowiem grupy obywateli polskich są w niej na skutek obecnego układu warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych w niedostatecznej mierze reprezentowane; inne znów kategorie są tak mglisto określone, że trudno się domyślić, o kogo właściwie chodzi. Natomiast, gdyby budżet na to pozwalał, to mogłoby państwo np. zająć się jeszcze w szkole losem szczególnie uzdolnionych i nie wykazujących ujemnych cech charakteru młodych ludzi, ułatwiać im wykształcenie zgodne z ich zdolnościami i zainteresowaniami, i popierać ich w uzyskiwaniu lepiej płatnych posad; tym też ludziom, o ile nie wykazują cech obarczenia dziedzicznymi anomaliami, powinnoby państwo przez udzielanie pożyczek, przydział mieszkania, ziemi lub tp. umożliwiać zakładanie rodziny, przez progresywne zaś zmniejszanie podatków oraz ewent. podwyższanie poborów w miarę przychodzenia na świat dzieci ułatwiać jej powiększanie. Ale to wszystko wydaje się na razie muzyką przyszłości. Polska nie jest dzisiaj w stanie dać elementarnej nauki wszystkim dzieciom w wieku szkolnym, więc tym bardziej nie może na razie marzyć o urzeczywistnieniu sze-

roko zakrojonej konstruktywnej akcji, i trzeba z tym zaczekać do lepszych czasów.

Przejdźmy teraz do krótkiego omówienia sprawy poradnictwa przedślubnego. Zadaniem jego eugenicznym byłoby zapobieganie małżeństwom niepożądanym ze względu na zdrowie ich potomków; zadanie to mogłoby owo poradnictwo spełniać przez czasowe powstrzymywanie od zawierania małżeństw ludzi cierpiących na chorobę zakaźną, przez stałe wyłączenie z małżeństwa obarczonych ciężką chorobą dziedziczną oraz przez niedopuszczenie do związku małżeńskiego par fenotypicznie wprawdzie zdrowych, lecz pochodzących obustronnie z rodzin obarczonych taką samą dziedziczną chorobą. Poradnictwo, a więc badanie i wystawianie świadectw lekarskich przed ślubem, musiałoby być przymusowe, gdyż inaczej usuwałyby się od niego właśnie te grupy osobników, na których wyłączeniu z procesu rozmnażania się najwięcej musi zależeć. Przymusowe poradnictwo miałoby jednak tylko wówczas rzeczywiste znaczenie dla eugeniki, gdyby przymusowemu badaniu lekarskiemu mógł — dla pewnych kategorii ludzi — towarzyszyć ustawowy zakaz zawierania małżeństw. Zakaz taki uważałbym jednak za wysoce niehumanitarny. Skutkiem zaś jego byłby poza tym wzrost związków nielegalnych i liczby nieślubnych, dziedzicznie obarczonych dzieci. A trzeba też wziąć pod uwagę fakt, że choroba dziedziczna ujawnia się bardzo często dopiero po zawarciu małżeństwa; w tych wypadkach poradnictwo przedślubne nie mogłoby już oczywiście zapobiec płodzeniu dzieci. Jak wreszcie przedstawiałaby się sprawa z parami, które mając już nieślubne dzieci, chciałyby zawrzeć urzędowy ślub? Czy miałoby państwo odmówić w takich wypadkach legalizacji związku, osobom, nawet jako rodzice niepożądanym i czy byłoby to celowe? Nie chciałbym przez to powiedzieć, że przedstawianie władzom lub partnerowi małżeńskiemu przedślubnych świadectw zdrowia byłoby urządzeniem całkiem bezwartościowym. Niewątpliwie przyczyniłoby się ono do zmniejszenia ilości zakażeń małżonków i dzieci chorobami wenerycznymi i gruźlicą, chociaż wiadomo, jak trudno stwierdzić rzeżączkę lub kiłę, pozostające chwilowo w stanie utajenia. Jeśli jednak chodzi o udaremnienie przekazywania potomstwu dziedzicznych właściwości patologicznych, to poradnictwo przedślubne bez zakazów małżeństw może mieć tu znaczenie tylko pomocnicze, i to głównie, jak mnie się zdaje, przez odradzanie zawierania związków małżeńskich między heterozygotami.

Dział III mówi o sporządzaniu kartotek stanu zdrowia. Stanowiłyby one niewątpliwie dużą wartość zarówno dla nauki o dziedziczności i dla eugeniki, jak i dla kryminologii; nie wiem tylko, czy projekt ten jest w naszych warunkach realny. Byłoby już jednak dobrze, gdyby się dał częściowo bodaj urzeczywistnić, np. na razie na terenie jednego choćby tylko województwa. Zaprowadzenie takich kartotek wymagałoby oczywiście zmiany ustawy o tajemnicy lekarskiej oraz nowej ustawy o obowiązku zgłaszania przez lekarzy wszystkich chorób i anomalii dziedzicznych.

Zwróćmy się teraz do czwartego — najważniejszego, zdaniem moim, działu projektu ustawy eugenicznej. Dział ten wymienia, naśladując w zupełności analogiczną ustawę niemiecką, ludzi chorych, którym należy uniemożliwić rozradzanie się; należą do nich obarczeni następującymi ciężkimi chorobami dziedzicznymi: wrodzonym niedorozwojem umysłowym, dziedziczną padaczką, schizofrenią, obłędem maniakalno-depresyjnym, dziedziczną głuchotą, dziedziczną ślepotą, ciężkimi dziedzicznymi wadami cielesnymi oraz ciężkim alkoholizmem. Dalszy tekst tego działu zawiera cały szereg przepisów, z których niektóre są zbyteczne, bo już uregulowane innymi ustawami (np. umieszczanie w zakładach zamkniętych), inne znowu zbyt ogólnikowe (np. „wskazania społeczne"); nie chcę ich już omawiać, ponieważ przy dokładniejszej redakcji tekstu, jaka się obecnie pono odbywa, te wady projektu zostaną przypuszczalnie usunięte. Zajmę się więc tylko głównym postanowieniem tego działu, polecającym przymusowe wyjaławianie drogą chirurgiczną jednostek cierpiących na wyliczone wyżej choroby dziedziczne. Pozwolę sobie również wypowiedzieć kilka uwag o argumentach, przytaczanych przez przeciwników sterylizacji oraz o projektach wyjaławiania ludzi z innych, niż czysto eugenicznych motywów.

Nikt właściwie nie przeczy, że przez projekt ustawy wymienione sprawy chorobowe przenoszą się w dużej ilości przypadków drogą dziedziczenia. Podkreśla się jednak (Pieńkowski[1]), że nie znamy przeważnie dokładniej mechanizmu dziedziczenia poszczególnych chorób ani ich struktury genicznej; że ujawnienie się cechy dziedzicznej zależy na pewno — nawet przy istnieniu odpowiedniej (w danym przypadku chorobotwórczej) konstelacji zawiązków — od szeregu czynników dodatkowych, między innymi od wpływów świata zewnętrznego, co się objawia w wahaniach prze-

[1]) P. Gazeta Lekarska 1933/6 i Zagadnienia Rasy 1936/2.

jawiania się lub w zmiennej wyrazistości dziedzicznych właściwości; że więc nie jesteśmy w stanie w poszczególnym przypadku przepowiedzieć, czy wogóle lub też do jakiego stopnia potomkowie danego chorego są zagrożeni. To wszystko prawda. Niemieccy uczeni byli dawniej również zdania, że do postawienia prognozy dziedziczności nieodzowna jest znajomość struktury genotypicznej danej cechy i dążyli w tym celu do ustalenia prawa, według którego ona się z pokolenia na pokolenie przenosi. Przyszli jednak później do przekonania, że droga ta jest zbyt skomplikowana i że z powodu niemożności przejrzenia wchodzących tu w rachubę w każdym przypadku innych czynników, nie rokuje ona powodzenia. Porzucili więc dla praktycznych celów to „teoretyczne" rokowanie, przyjmując powszechnie przez Rüdina podaną doświadczalną prognozę dziedziczności („empirische Erbprognose"); opiera się ona na badaniu stosunków dziedziczenia w obrębie odpowiednio dobranych większych grup i na wysnuwaniu z tych stosunków wniosków do rokowania w poszczególnych przypadkach. Ponieważ w dużych grupach zawarte są wpływy najróżniejszych czynników na wystąpienie lub niewystąpienie badanych zjawisk dziedzicznych, wobec tego rokowanie doświadczalne dziedziczności zawiera liczby przeciętne, a przez to mniej błędne dla poszczególnych przypadków, niż rokowanie na podstawie teoretycznych przesłanek. Weźmy konkretny przykład. O schizofrenii wiemy, że dziedziczy się w sposób ustępujący (recesywny); nie jest dotychczas pewnym, czy to jest dziedziczenie monomeryczne czy polymeryczne; wahania w ujawnianiu się wynoszą 20—30%; według badań nad bliźniętami (Luxenburgera), wpływ na nie mają głównie przemiany dokonywające się wewnątrz organizmu (np. dojrzewanie, ciąża, przekwitanie i i.), chociaż nie jest także wykluczone i oddziaływanie otoczenia, nie całkiem jeszcze znane (przeżycia? inne choroby?). To wszystko oczywiście nie wystarcza do postawienia rokowania w poszczególnym przypadku. Wynik dotychczasowych badań dla celów empirycznej prognozy wygląda tak:

prawdopodobieństwo zachorowania na schizofrenię:

przeciętnego człowieka	0,85%	
dziecka jednego chore gorodzica	16,4%	(Kallmann)
dziecka obojga chorych rodziców	63,4%	

Według tych obliczeń każde dziecko schizofrena jest 20 razy więcej zagrożone schizofrenią, niż dziecko zdrowych rodziców, i z tym właśnie faktem musimy poważnie się liczyć.

Częstość występowania u dzieci innych chorób umysłowych w porównaniu z częstością występowania danej choroby wśród ogółu ludności państwa niemieckiego przedstawia się tak:

	wśród ogółu ludności:	u dzieci chorych: jeśli 1 rodzic chory:	jeśli oboje rodzice chorzy:
padaczka	0,18—0,48	10	
niedorozwój umysłowy . . .	1—2	28,5-50[1])	61,5-90
psych. man.-depres.	0,18—0,45	32,3	90

Podałem najniższe i najwyższe cyfry, wymieniane przez autorów niemieckich. Uderza w tej statystyce duży procent oligofrenów wśród ogółu Niemców; lecz i w innych krajach natrafiono na podobne odsetki (1,58% we Francji, — 0,8% w Anglii); wynosiłoby to 600.000—1,200.000 oligofrenów w Niemczech, 340.000 w Anglii, a ewent. 330.000—660.000 w Polsce. Dla naszych rozważań ważne jest jednak przede wszystkim to, że dzieci chorych na dziedziczną padaczkę zagrożone są 20—50 razy więcej, niż dzieci zdrowych rodziców, dzieci głuptaków 50, a często nawet i 90 razy, dzieci zaś chorych na psychozę man.-depr. zapadają na tę chorobę aż 150 razy częściej, niż inne dzieci. Czyż cyfry te nie są dość wymowne? Czy nie wskazują wyraźnie na niebezpieczeństwo, jakie stanowią chorzy dziedzicznie dla swojego potomstwa? Do bezpośredniego przeniesienia choroby na dzieci dochodzi jeszcze jako moment obciążający fakt, że w pierwszym pokoleniu wszyscy zdrowi fenotypicznie potomkowie recesywnych homozygotów są heterozygotami, że więc nie ma między nimi genotypicznie nieposzlakowanych osobników. Ta właśnie statystyka i wynikające z niej wnioski winny być, moim zdaniem, w pierwszym rzędzie brane w rachubę przy rozstrzyganiu zagadnienia — czy należy wyjaławiać chorych dziedzicznie — nie zaś słuszne skądinąd twierdzenie, że nie mamy jeszcze dotąd dostatecznych teoretycznych danych, dotyczących sposobów przenoszenia się chorobotwórczych zawiązków.

Przeciwnicy sterylizacji przytaczają jeszcze jako argument hipotezę o powstawaniu nowych przypadków chorób dziedzicznych przez m u t a c j ę. Pomijam już fakt, że dotychczas mutacja taka nie została przy występowaniu np. chorób umysłowych z pewnością stwierdzona, często bowiem spontaniczność pojawienia się jakiejś choroby dziedzicznej w dotąd wolnej rzekomo od chorób rodzinie

[1]) Statystyka angielska przytacza 45—49% (The Lancet 1934).

jest tylko pozorna i polega na naszej nieznajomości genealogii owej rodziny; w każdym razie im większy materiał ma się do dyspozycji, tym mniej trzeba się uciekać do przyjmowania mutacji jako czynnika chorobotwórczego. Ale gdyby nawet uznać, że mutacja odgrywa większą rolę, niż to jest wobec obecnego stanu wiedzy o dziedziczności u człowieka prawdopodobne, to i tak zjawisko to nie przemawia przeciw wyjaławianiu dziedzicznie chorych, gdyż do osobników, których choroba powstała na skutek mutacji, odnosi się oczywiście to, cośmy mówili wyżej o homozygotach, — trzeba więc tych osobników również wyłączyć sztucznie z procesu rozmnażania się, a nie z ich powodu rezygnować z obezpłodnienia homozygotów, powstałych drogą dziedziczną.

Podobno jednak sterylizacja wyłącznie homozygotów recesywnych nie na wiele się przydaje, gdyż na skutek skojarzeń wielokrotnie liczniejszych heterozygotów ustawicznie będą powstawały nowe połączenia homozygotyczne genów chorobotwórczych i wobec tego ciągle na nowo będą się pojawiały choroby dziedziczne. Trzeba jednak zważyć, że liczba osobników heterozygotycznych musi w miarę bezdzietności homozygotów coraz bardziej maleć. Wynika to niedwuznacznie z przytoczonego przez Hirschfeldową[1]) i Pieńkowskiego za Verschuerem obliczenia, wykazującego w szeregu następujących po sobie pokoleń procent homo- i heterozygotów, pochodzących w pierwszym pokoleniu ze skojarzenia fenotypicznie zdrowych heterozygotów, przy założeniu równomiernego pomieszania się osobników oraz sterylizacji wszystkich chorych homozygotów. Otóż okazuje się, że w pierwszym pokoleniu będzie w tych warunkach 25% homo- i 50% heterozygotów, w drugim pokoleniu 11,11%, homo- i 44% heterozygotów, w trzecim 6,25% homo- i 37% heterozygotów, w czwartym 4% i 32% itd.; że więc zarówno procent chorych, jak i zdrowych nosicieli patologicznych zawiązków maleje coraz bardziej (oczywiście w skali pokoleniowej), chociaż szybkość zanikania homozygotów jest większa, aniżeli heterozygotów (co jest zresztą społecznie korzystnym objawem). Dlaczego ten stosunek heterozygotów do homozygotów przemawiać ma za bezcelowością sterylizacji chorych dziedzicznie, to — muszę się przyznać — nie jest dla mnie zupełnie jasne. A obliczenia powyższe należy o tyle jeszcze skorygować, że w miarę zmniejszania się procentu heterozygotów w danym społeczeństwie prawdopodobieństwo połączenia się dwóch

[1]) Warsz. Czas. Lek. 1936/8.

heterozygotów jest coraz mniejsze. To tylko można z obliczeń Verschuera wywnioskować, że przez sterylizację wyłącznie ludzi chorych nie będzie można w dającym się przejrzeć okresie kilku pokoleń usunąć całkowicie chorób dziedzicznych. Czy jednak ograniczenie ich ilości do bardzo małej cyfry nie jest już wielkim zyskiem?

Przeciwko sterylizacji, zwłaszcza chorych umysłowo, wysuwa się jeszcze i ten moment, że istnieje bardzo dużo form klinicznych padaczki, głuptactwa, schizofrenii lub depresji zupełnie podobnych do form dziedzicznych, lecz powstałych na innym, np. urazowym lub zakaźnym tle, których jednak obecna nauka ani fenomenologicznie, ani często etiologicznie od form dziedzicznych odróżnić nie jest w stanie. Sterylizować zaś powinno się — i z tym w zupełności się zgadzam — wyłącznie chorych dziedzicznie. Zarzut uznaję za słuszny i sam go już wysunąłem w moich referatach o obezpłodnieniu zarówno w Towarzystwie Neurologicznym, jak i w Towarzystwie Lekarskim w Krakowie[1]. Zarówno ustawa niemiecka, jak i polski projekt ustawy eugenicznej idą zbyt daleko i postępują zbyt sumarycznie w ustanawianiu wskazań do wyjałowienia. By uniknąć niepotrzebnych zabiegów sterylizacyjnych, zaproponowałem następującą definicję choroby dziedzicznej: „Takie schorzenie należy uznać za dziedziczne w sensie ustawy, którego zewnątrz-pochodnej przyczyny nie udało się stwierdzić a które w analogicznej postaci, jak u badanego osobnika, wystąpiło już w jego rodzinie we wstępujących, bocznych lub zstępujących liniach".

Pieńkowski jest zdania, że postępy terapii doprowadzą może do tego, iż dziedziczne choroby umysłowe, bo te głównie tutaj omawiamy, będzie można leczniczo opanować. Na razie nie zanosi się jakoś na to i nie ma podstaw do twierdzenia, by nam się to w najlepszym wypadku lepiej udało, niż np. leczenie porażenia postępującego; a czy nie będziemy się starali nie dopuścić do wystąpienia schorzenia z uwagi na fakt, że w pewnej ilości przypadków udaje się rozwój procesu paralitycznego powstrzymać lub cofnąć? Argument zaś o możliwości wyleczenia nie może się chyba odnosić do dziedzicznego głuptactwa lub ciężkich cielesnych wad rozwojowych.

Prof. Pieńkowski zdaje się przywiązywać wielką wagę do szkód, jakie poniosłoby społeczeństwo przy sterylizacji umy-

[1]) p. P. Gaz. Lek. 1936/9.

słowo chorych przez wyelimowanie zawiązków genialności. Przeciwko temu argumentowi chciałbym wysunąć następujące uwagi: Mimo bardzo wielu badań warunki występowania ludzi genialnych są dla nas nadal tajemnicą; zwłaszcza stosunek genialności do choroby umysłowej jest całkiem niejasny. Istnieją setki tysięcy chorych umysłowo, nie wykazujących szczególnych uzdolnień. Ludzie genialni i wybitnie uzdolnieni pochodzą zarówno z rodzin dziedzicznie zdrowych, jak i z rodzin obarczonych chorobami umysłowymi. Szereg ludzi genialnych popadło w choroby umysłowe o typie chorób dziedzicznych, lecz bardzo wielu takich chorób wcale nie przechodziło. Ściślejszy związek istnieje między genialnością a pewnymi postaciami psychopatii. Niewątpliwie u ludzi uzdolnionych mogą one w okresie poprzedzającym wyraźny wybuch schizofrenii lub też stan hipomaniakalny, jak zresztą i pewne fazy innych, np. infekcyjnych chorób umysłowych, wzmóc ich aktywność psychiczną, przyspieszyć myślenie, ułatwić powstawanie nowych (właśnie „genialnych") związków myślowych przez rozluźnienie utartych związków starych, i w ten sposób przyczynić się przez czas jakiś do wzmożonej twórczości; taki jednak napół chorobliwy stan wcale do genialnej twórczości u ludzi odpowiednio dysponowanych nie jest potrzebny. Pewne badania wskazują na prawdopodobieństwo korzystnego wpływu skrzyżowań przeciwnych sobie temperamentów na ujawnianie się genialności. Możliwe zaś, że rzeczywiście dość częste pokrewieństwo ludzi zdolnych z chorymi umysłowo polega na odpowiednim doborze. Wiadomo bowiem z badań Amerykanów, że rodziny ludzi utalentowanych są w znacznie większym stopniu wzajemnie ze sobą spokrewnione, niż z innymi rodzinami. Oczywiście rozważania dotyczące związku między genialnością a dziedzicznymi chorobami umysłowymi nie dotyczą chyba głuptaków i epileptyków. Ponieważ jednak talenty niewątpliwie się dziedziczy, więc możnaby komisjom orzekającym o konieczności wyjałowienia zastrzec w ustawie swobodę rozstrzygania w każdym wypadku, gdzie wyjątkowe uzdolnienie połączyło się z chorobą dziedziczną, czy nie byłoby tu rzeczą korzystną zrezygnować z obezpłodnienia, by zachować dla potomności talent chorego, mimo ryzyka, połączonego z przeniesieniem na jego potomków zawiązków chorobotwórczych.

Niektórzy autorzy przyznają wprawdzie, że obezpłodnienie chorych dziedzicznie połączone jest z korzyścią, lecz nie chcieliby jednak stosować przymusu. Zdaje mi się, że zasada dobro-

wolności poddania się zabiegowi wyjałowienia mija się z celem, ponieważ przestaje właściwie służyć eugenice społecznej, cały efekt sterylizacji sprowadzając do korzyści humanitarnych. Wskazałem już na to, że niemożliwe jest postawienie ścisłej prognozy dziedziczności dla pojedynczego chorego przy tak małej ilości potomków, jaka charakteryzuje monogamiczne małżeństwa (zwłaszcza po miastach), oraz przy naszej nieznajomości całego szeregu czynników niedziedzicznych, wpływających na ujawnienie się genotypicznie uwarunkowanej choroby. Wartość najlepiej nawet opracowanej przepowiedni empirycznej waha się w granicach prawdopodobieństwa zachorowania; dla każdego dziecka np. epileptyka lub schizofrena wynosi 0,100 wzgl. 0,164, czyli że co dziesiąte wzgl. co szóste dziecko zagrożone jest chorobą; toteż trudno przekonać pojedyncze osoby chore o konieczności sterylizacji, skoro trzeba im powiedzieć, że jeśli nie będą miały więcej dzieci niż jedno, dwoje lub nawet troje, to wszystkie one mogą pozostać zdrowe. Cała sterylizacja, opierająca się na badaniach statystycznych, dokonanych na wielkich, idących w tysiące, grupach chorych, ich przodków, potomków i dalszych krewnych, ma tylko wówczas eugeniczny sens, ważny dla całego społeczeństwa (oczywiście dla przyszłych pokoleń), jeśli zostanie konsekwentnie przeprowadzona na możliwie wszystkich wchodzących w rachubę osobnikach, a to da się uskutecznić tylko drogą przymusową.

Dobrowolna sterylizacja miałaby jeszcze ten skutek, że poddawaliby się jej w największej mierze ludzie inteligentni lub z inteligentnego środowiska pochodzący, a więc często wykazujący poza chorobą wartościowe, niejednokrotnie dziedziczące się właściwości umysłu. Stąd też tego rodzaju rozwiązanie zagadnienia przez obezpładnianie ludzi chorych lecz uzdolnionych, a pozwalanie na rozradzanie się ludziom chorym lecz nie wykazującym zdolności byłoby źródłem opacznego doboru.

A właśnie u pewnej części chorych zgadzających się dobrowolnie na sterylizację wyjałowienie z praktycznych względów jest mniej potrzebne niż u innych, gdyż tym chorym, zdającym sobie sprawę ze znaczenia eugenicznego swego obarczenia, można bez większego ryzyka polecić dość pewne już dzisiaj środki antykoncepcyjne.

Głównymi motywami, które skłaniają wielu autorów do odrzucenia przymusu przy stosowaniu obezpładniania, są motywy natury nie biologicznej, lecz społecznej lub religijnej. Z tymi ostatnimi nie będę tu dyskutował, gdyż uważam to czasopismo za nie-

odpowiednie do tego celu. Zauważę tylko, że kościół katolicki, jeśli dobrze jestem poinformowany, zgodziłby się raczej na kastrację jako karę, niż na wyjałowienie jako profilaktyczny zabieg eugeniczny. Łuniewski[1]) sprowadza niezgodność poglądów na konieczność stosowania dobrowolnej lub przymusowej sterylizacji do różnic zapatrywań na stosunek jednostki do społeczeństwa. Niewątpliwie Łuniewski podkreślił pewien ważny moment, kształtujący dyskusję nad wyjałowieniem dziedzicznie chorych. Ja jednakowoż wcale nie jestem zwolennikiem zupełnego przesunięcia na drugi plan interesów jednostki w stosunku do interesów państwa, narodu lub klasy, jako abstrakcyjnych całości. Stoję na stanowisku, że państwo powinno być organizacją, istniejącą dla dobra swych członków i ograniczającą ich swobodę tylko o tyle, o ile tego wymaga ład wewnętrzny i konieczność obrony przed wrogami zewnętrznymi. Jednostka jednak, zależna od powodzenia i losu społeczeństwa, w którym żyje, musi w razie potrzeby składać ofiary dla dobra tego społeczeństwa. Ponieważ zaś nasze czyny odbijają się również na warunkach życia naszych potomków, wypływa stąd dla nas obowiązek dbania w naszych poczynaniach także o dobro przyszłych pokoleń (jest to zresztą odpowiednik instynktu macierzyńskiego, odgrywającego tak wielką rolę w przyrodzie).

Zadaniem państwa jest m. in. czynność porządkowania i organizowania w zakresie całego szeregu stosunków międzyludzkich, które z powodu swej wielkiej złożoności wymagają planowej regulacji. Do tego rodzaju zadań państwa należy od bardzo dawnych zresztą już czasów troska o zdrowie obywateli, a przede wszystkim zapobieganie chorobom czyli higiena. Otóż dla mnie sprawa sterylizacji dziedzicznie chorych jest głównie zagadnieniem higieny społecznej, mającej na celu dobro nie tylko współczesnego, lecz i przyszłych pokoleń. Na podstawie materiału, zebranego przez naukę o dziedziczności i przez statystykę dokładnie przemyślaną i na wielką skalę przeprowadzoną, przyszedłem do przekonania, że ograniczenie liczby zarówno umysłowo chorych, jak i niedorozwiniętych umysłowo (o innych kategoriach chorych nie mówię tutaj) możliwe jest tylko przez przymusowe obezpłodnienie. Niesłusznym wydaje mi się pogląd, że obezpłodnienie może leżeć wyłącznie w interesie społeczeństwa, jako całości, a nie w interesie pojedynczych ludzi lub rodzin. Męczarnie

[1]) Polska Gazeta Lekarska 1936/22.

chorych, spowodowane zarówno przez ich chorobę, jako też konieczność ograniczenia swobody ruchów wbrew ich woli, oraz stanowisko społeczne (niezależnie od ustroju państwowego) ludzi niedorozwiniętych (jak wielu ich jest, wie każdy nauczyciel szkół elementarnych oraz każdy oficer, stykający się z rekrutami) powinny już z czysto humanitarnego punktu widzenia wskazywać na konieczność zaradzenia temu złu. Nie sądzę zaś, by ofiara, którą nakłada się na dziedzicznie obarczonych chorobą dla dobra własnych ich dzieci oraz dalszych pokoleń, przekraczała miarę uprawnień, które już obecnie najwięcej nawet demokratycznym państwom przysługują. Państwo przecież ma prawo osobników, którzy szkodzą innym, odosabniać na lata całe, a często nawet uśmiercać; ma prawo zmuszać cierpiących na niektóre zakaźne choroby do opuszczania swych domów i przebywania w tych zakładach leczniczych, które uznaje za odpowiednie; państwo nakłada też na obywateli obowiązek poddawania się szczepieniom, które tu i ówdzie przecież pociągają za sobą groźne powikłania; państwo wreszcie wymaga od swoich obywateli w razie potrzeby ofiary ze zdrowia i życia. I jeśli się uwzględni, że na wojnie giną lub ulegają kalectwu prawie wyłącznie (dotychczas przynajmniej) zdrowi mężczyźni, chorzy zaś, a między tymi i chorzy na choroby dziedziczne, pozostają w bezpieczeństwie, to można chyba „za to" od tych ostatnich domagać się, by poddali się zabiegowi, który przy współczesnej technice operacyjnej nie zagraża w zupełności ich zdrowiu, a nawet — jeśli chodzi o mężczyzn — należy do zabiegów małych.

Liczni ludzie rezygnują dziś dobrowolnie i z łatwością z „przyrodzonego ich p r a w a d o ż y c i a p o k o l e n i o w e g o", którego jakże często nie mogą wykorzystać na skutek przebycia różnych chorób narządów płciowych i in. lub też na skutek niesprzyjających warunków ekonomicznych; odebranie im tego prawa z myślą o polepszeniu ogólnej zdrowotności przyszłych pokoleń nie mogę uważać za rzecz bardziej okrutną, niż samo schorzenie lub anomalia, którymi ich natura obdarzyła.

Pojawienia się masowego „psychogenicznej n e r w i c y s t e r y l i z a c y j n e j", przepowiadanej przez prof. P i e ń k o w s k i e g o, nie należy się, zdaniem moim, obawiać; wyłuszczenie, dlaczego, zajęłoby tu zbyt dużo miejsca; ale gdyby nawet nerwica taka się pojawiła, to istnieje niewspółmierność między jej niebezpieczeństwem, a korzyścią z ograniczenia schorzeń dziedzicznych.

Sterylizacja powinna pozostawać wyłącznie w służbie eugeniki, a więc opierać się na danych naukowych i regulować sztucznie dobór przez stopniowe usuwanie biologicznie, a przez to i społecznie, mniej wartościowych genotypów; eugenika zastępowałaby w ten sposób dobór naturalny, paraliżowany przez nowoczesny, humanitarny stosunek do chorych. Wszelkie koncepcje wyjaławiania z pobudek społecznych wydają mi się nieumotywowane z powodu zmienności i płynności wchodzących tu w rachubę warunków i kryteriów; poza tym uważam te projekty ze względu na możliwość wielkiej dowolności w wyborze podpadających pod ustawę przypadków za wysoce właśnie pod względem społecznym niebezpieczne. Wezmę jako przykład projekt ustawy proponowany przez Łuniewskiego i podobną propozycję Żółtowskiego[1]). Otóż Łuniewski chce sterylizować przymusowo oligofrenów, psychopatów, epileptyków oraz alkoholików, co do których zachodzi obawa, że „nie są zdolni rozumieć znaczenia swych obowiązków rodzicielskich i obowiązków tych spełniać, a wydając na świat potomstwo, nie zaopiekują się nim należycie i pozostawią je w niedostatku i opuszczeniu". Czyli że nie chodzi tam o przeniesienie na dzieci patologicznych genów, lecz o niemożność wychowywania ich; więc ludzi bogatych wymienionej kategorii, mogących łożyć na wykształcenie swych dzieci, nie dotyczyłby ten przepis, a odnosiłby sie jedynie do ludzi ubogich, nawet gdyby ich właściwości patologiczne nie były natury dziedzicznej (np. padaczka i ograniczenie rozwoju umysłowego pochodzenia urazowego lub zapalnego). Ustawa ta nie dotyczyłaby również dziedzicznie chorych, których dziećmi mogliby się zająć ich krewni, lub chorych, których objawy chorobowe występowałyby okresowo; poza tym z eugenicznych względów ważniejszą przecież jest sterylizacja ludzi wykazujących objawy patologiczne o słabym raczej nasileniu, mogących więc zajmować się swymi dziećmi, gdyż ci mają oczywiście więcej potomstwa, niż wyraźnie i ciężko chorzy. Moim zdaniem ten projekt Łuniewskiego nie jest do przyjęcia z eugenicznego punktu widzenia, ponieważ według niego głównym celem wyjałowienia mogłoby być jedynie zaoszczędzenie państwu i samorządom wydatków na zajmowanie się dziećmi ludzi chorych a ubogich. Wyjaławianie dla oszczędności budżetowych? — A Żółtowski posuwa się jeszcze dalej niż Łuniewski. Oto kilka cytatów z jego wywodów: „Postawienie prognozy socjalno-ekonomicznej jest grubo łatwiejsze od postawienia prognozy eugenicznej". — „Obniżyć bezpośrednio drogą

[1]) Higiena Psychiczna 1935/6—7.

sterylizacji rozrodczość warstw społecznie małowartościowych"! — „Sterylizacja socjalna jako środek obrony przed schamieniem narodu i upadkiem państwa". Co to wszystko znaczy, kogo Żółtowski chce właściwie sterylizować i do czego to wszystko ma prowadzić? Czyżby słuszność mieli oponenci przeciw wyjaławianiu, twierdząc, że gdy się raz z tym zacznie, to pójdzie się dalej, aż do sterylizacji i kastracji przeciwników politycznych? Przecież „warstwami społecznie małowartościowymi" mogą być w państwie faszystowskim komuniści lub mniejszości narodowe, a w państwie komunistycznym członkowie i potomkowie rodzin burżuazyjnych itd. Jestem stanowczo zdania, że należy bezwzględnie odrzucić zarówno przymusową, jak i dobrowolną sterylizację ze względów społecznych, tak jak to uczynili Niemcy, a wskazania do wyjałowienia oprzeć wyłącznie na motywach biologiczno-eugenicznych.

Pieńkowski proponuje m. in. przymusową sterylizację nałogowych przestępców. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że przestępcy stanowią pod względem biologicznym niejednolitą grupę. Pewna część przestępców, nawet nałogowych, została nimi na skutek warunków socjalnych i wpływu środowiska. Niektóre cechy charakteryzujące zwłaszcza „cięższych" przestępców, mogą być w pewnej konstelacji nawet społecznie wartościowe, np. odwaga, zimna krew, zdolność do szybkich decyzji, przebiegłość, sprawność cielesna i in.; kraje zamorskie, które zostały skolonizowane w dużej mierze przez przestępców i psychopatów, posiadają dziś ludność wcale nie gorszą pod względem właściwości intelektualnych i moralnych, niż kraje, które się ich przodków z zadowoleniem wyzbyły. Często dzieci przestępców kryminalnych wchodzą również w konflikt z prawem, lecz wyodrębnienie tu znaczenia odziedziczonych właściwości od wpływu środowiska jest w zwykłych warunkach rzeczą niezmiernie trudną. Społeczeństwo powinnoby zająć się wychowaniem dzieci pochodzących z takich środowisk[1]), lecz na razie zwraca ono na nie uwagę dopiero wtedy, gdy popełniają jakieś przestępstwo.Z drugiej strony jest rzeczą niewątpliwą, że wśród przestępców kryminalnych, oczywiście zwłaszcza wśród przestępców nałogowych, jest bardzo dużo osobników, których dziedziczne cechy umysłu z góry już predysponują do zbrodniczoś-

---

[1]) Byłoby to zarazem doświadczenie z zakresu dziedziczenia właściwości przestępczych; najcenniejsze doświadczenia pochodzą jednak z obserwacji jednojajowych bliźniąt, pochodzących od kryminalnych rodziców, a wychowanych w odmiennych warunkach.

ci (p. „Verbrechen als Schicksal" J. Langego); do tej kategorii zdają się należeć patologiczni kłamcy i oszuści, krwiożerczy mordercy bez skrupułów i zupełnie uczuciowo tępi, moral insanity, może też sadystyczni mordercy seksualni i jeszcze inni.

Przeciwko sterylizacji tego rodzaju przestępców nie miałbym żadnych zastrzeżeń; należałoby ich tylko należycie wyodrębnić i w myśl mojego poprzednio przytoczonego postulatu ustalić dziedziczność ich zbrodniczych właściwości umysłowych. Proponowałbym tylko z uwagi na nastawienie psychiczne ogółu, zwłaszcza zaś rodzin tych dziedzicznie obarczonych ludzi, którzy przeznaczeni byliby do sterylizacji, oraz ich samych, by wyjałowienie owych przestępców miało charakter nie kary, lecz również zabiegu eugeniczno-profilaktycznego; w konsekwencji nie należałoby takich przestępców umieszczać w więzieniach, lecz w zakładach zamkniętych o innym charakterze.

Z właśnie wymienionego względu sprzeciwiłbym się proponowanemu przez Żółtowskiego nazwaniu w ustawie chorych zaopiniowanych do obezpłodnienia — „podsądnymi", przedstawionych zaś do wyjałowienia — „skazanymi". Nazwy te wynikają u Żółtowskiego prawdopodobnie z jego dążności do „związania sterylizacji socjalnej z pojęciem przestępstwa(!) ze względu na stanowisko kościoła katolickiego".

Zdaję sobie sprawę, że przeprowadzenie w Polsce ustawy o przymusowym wyjałowieniu dziedzicznie chorych jest w obecnych warunkach rzeczą niemożliwą. Wydaje się być natomiast prawdopodobnym, że mogłaby przejść ustawa, zezwalająca na dobrowolne poddanie się zabiegowi obezpładniającemu ze względów eugenicznych. Chociaż ustawa taka nie osiągałaby, moim zdaniem, właściwego celu, to jednak uchwalenie jej uważałbym z tego względu za postęp, gdyż stanowiłaby ona pierwszy wyłom w opinii publicznej i mogłaby z czasem zostać uzupełniona w kierunku powszechności, a więc przymusu, jak to obecnie dzieje się w Danii.

Nie zamierzam omawiać tu wielorakich zagadnień, dotyczących poszczególnych jednostek chorobowych, wymienionych w projekcie ustawy[1]), — sprawy te winny być rozstrząsane na łamach odpowiednich pism fachowych (psychiatrycznych, okulistycznych, otiatrycznych itd.); chodziło mi tylko o zajęcie stanowiska w stosunku do głównych zasad projektu Towarzystwa

[1]) Niektóre z tych zagadnień poruszę na tegorocznym Zjeździe Psychiatrycznym.

Eugenicznego oraz o wypowiedzenie się o projektach, wysuniętych przez niektórych autorów polskich.

W rozważaniach mych doszedłem do następujących wniosków:

1) najaktualniejszą częścią ustawy eugenicznej jest projekt wyjałowienia (nie wytrzebienia) ludzi dotkniętych ciężką chorobą dziedziczną;

2) obezpłodnienie możliwie wszystkich osobników, cierpiących na ciężkie dziedziczne schorzenia, może przyczynić się w przyszłości do ograniczenia liczby ludzi dziedzicznie tymi chorobami obarczonych;

3) wypowiadam się za przymusem stosowania zabiegu sterylizacyjnego, uważam jednak, że ze względów praktycznych wydanie na razie ustawy, dopuszczającej dobrowolne obezpłodnienie, nie byłoby pozbawione pewnej korzyści;

4) w ustawie powinno się położyć nacisk na możliwie obiektywne stwierdzenie dziedzicznego obarczenia u chorych, podlegających sterylizacji;

5) poradnictwo przedślubne może spełniać rolę pomocniczą w urządzeniach społecznych natury eugenicznej, nie może jednak zastąpić przymusowego wyjaławiania;

6) pomoc dla nowożeńców we formie, zaproponowanej przez projekt ustawy Towarzystwa Eugenicznego, nie miałaby większego znaczenia z punktu widzenia eugeniki;

7) wyjaławianie zarówno przymusowe, jak i dobrowolne powinno być nakazane wzgl. dozwolone wyłącznie w stosunku do ludzi dziedzicznie chorych i polegać jedynie na danych, zebranych drogą naukową. Wszelkie pomysły sterylizacji, opierającej się na innych, niż biologiczne, miernikach odrzucam i uważam je za szkodliwe i na przyszłość niebezpieczne;

8) do ustawy eugenicznej należy włączyć projekt Pieńkowskiego sterylizacji nałogowych przestępców kryminalnych, z tym wszakże zastrzeżeniem, że sterylizacja ta odnosić się może tylko do osobników, u których zostało stwierdzone, że ich skłonność do przestępstwa i zbrodni uwarunkowana jest w przeważnej mierze właściwościami dziedzicznymi, a nie wynika z warunków socjalnych; wyjałowienie tego rodzaju przestępców winno nosić charakter zabiegu profilaktycznego, a nie kary.

ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ U. J. P. KIEROWNIK PROF. WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI.

Dr MARYA GRZYWO-DĄBROWSKA.

SAMOBÓJSTWO WSPÓLNE ORAZ ZABÓJSTWO Z SAMOBÓJSTWEM POŁĄCZONE.

Samobójstwa wspólne wykazują może pozornie częściej, niż w wypadkach pojedynczego targnięcia się na życie, pewne właściwości, które robią wrażenie nienormalnych i nasuwają niekiedy wątpliwości, czy współtowarzysz lub współtowarzysze śmierci nie znajdowali się pod presją duchową tego, kto myśl im o niej narzucił, i czy śmierć ich nie była wyrazem jego duchowego nad nimi panowania. Myśl ta, w zasadzie słuszna, prowadzić może do błędnego wniosku, że przyczyna tych samobójstw leży przede wszystkim w anormalnej psyche, nie zaś w odbiegających niekiedy silnie od normy warunkach. Tu zaznaczyć musimy, że aczkolwiek biologia nas uczy, że o normie świadczy między innymi zdolność organizmu do przystosowywania się, w społeczeństwie ludzkim, gdzie w grę wchodzi zbyt wiele różnorodnych czynników, czasem może być normalnym właśnie reagowanie na warunki, zbyt od normy odbiegające. W podobnych okolicznościach normalne oddziaływanie staje się zjawiskiem anormalnym.

Dlatego też nie możemy się zgodzić z poglądem, by wspólne pozbawienie się życia przez dwie lub więcej osób świadczyć miało o chorej osobowości denatów. Spotykamy bowiem między podobnymi wypadkami samobójstw takie, których badanie wykazuje, że zostały dokonane przy całkowitej świadomości i pełni władz psychicznych, czasem nawet bez cienia wyraźniej zaznaczonego stanu afektywnego odbierających sobie życie osób.

Jako przykład posłużyć może samobójstwo Lafargue'a, znanego socjalisty francuskiego i jego żony, popełnione w początkach bieżącego stulecia. Na wiele lat przed odebraniem sobie życia Lafargue postanowił uprzedzić chwilę, gdy „bezlitosna starość", czyniąc z człowieka nieużyteczny łachman, pozbawia istnienie jego wszelkiej

krasy. Kresem, jaki sobie wyznaczył Lafargue, był 70-ty rok życia. I istotnie u schyłku 7 lat dziesiątka spełnił swe postanowienie. Żona jego podzieliła z nim śmierć. Przed kilku laty wielki uczony wszechświatowej sławy również popełnił samobójstwo wraz z żoną. Odchodząc na zawsze, wypowiedzieli oni życzenie, by nie dociekać przyczyny ich czynu. Po mistrzowsku opisana przez Sienkiewicza śmierć Petroniusza i Eunice jest w literaturze pięknej przykładem podobnego samobójstwa, popełnionego w pełni władz umysłowych (o ile oczywiście śmierć Petroniusza uznamy za samobójczą, gdyż przy samobójstwie niezbędną jest możność wybierania między życiem a śmiercią, — czy zaś Petroniusz tę możność miał, trudno jest na to pytanie odpowiedzieć).

Jeśli niejednokrotnie trudna jest wszechstronna, szczegółowa i dokładna analiza, konieczna do stwierdzenia, czy samobójstwo było wynikiem ciężkich warunków moralnych, materialnych lub nawet społecznych — między innymi także tego, co D u r k h e i m nazywa anomią — czy też wyrazem choroby psychicznej, to analiza ta staje się jeszcze trudniejszą w wypadkach „samobójstw rozszerzonych". Oczywiście może się przy tym okazać, że to, co było początkowo przyjęte za podwójne samobójstwo, jest zabójstwem, połączonym z pozbawieniem się życia przez sprawcę; w innych wypadkach sprawa do końca może pozostać niewyjaśnioną; kiedy indziej gruntowne zapoznanie się z warunkami i okolicznościami sprawy doprowadzi do przekonania, że ostateczną przyczyną samobójstwa był stan silnego afektu, osłabiającego krytycyzm i zdolność kierowania swymi czynami, lub choroba umysłowa; wreszcie okazać się może, że wspólne samobójstwo było wyrazem świadomej, powziętej po głębszym zastanowieniu się decyzji.

Wypadki zatem pozornie pokrewne mogą dotyczyć dwóch odrębnych zagadnień:

1) istotnego podwójnego samobójstwa, a więc zjawiska pozbawionego całkowicie charakteru zbrodni, gdyż stoimy na stanowisku, że człowiekowi przysługuje prawo rozporządzania własnym życiem,

2) zabójstwa jednej lub większej ilości osób, popełnionego bez woli ofiar, łącznie z pozbawieniem się życia przez sprawcę. Zależnie więc od tła zewnętrznego, stanu psychiki sprawcy oraz ofiar mamy tu całą wielką gamę różnych odcieni i konstelacyj, tak że trudno dać im ogólną charakterystykę.

Oczywiście, zarówno w wypadkach podwójnego samobójstwa, jak i w takich, gdy samobójstwo łączy się z zabójstwem, osoby, ginące wspólną śmiercią, mogą być zdrowe lub psychicznie chore.

Niekażdy wypadek dwóch popełnionych równocześnie samobójstw, nawet dokonanych w tym samym miejscu i w jednakowych okolicznościach, jest istotnie podwójnym samobójstwem. Do tego niezbędne jest pewne głębsze porozumienie się zainteresowanych osób, związanych ze sobą węzłami miłości, przyjaźni, czy choćby tylko sympatii. O ile tych warunków brak, o ile każdy z samobójców działa na własną rękę — samobójstwa podwójnego nie ma. Przy istnieniu zaś tego porozumienia śmierć własnowolna dwóch lub większej ilości osób nosi charakter wspólnego samobójstwa, chociażby nie każda z tych osób spowodowała ją własnoręcznie.

Stosunkowo dość często się zdarza, że zamachu dokonywa jedna tylko osoba; nie każdy bowiem posiada łatwość wprowadzania w czyn decyzji, pozbawienia siebie życia. Spotykamy ludzi, którzy zdobędą się na ciężką decyzję, lecz odczuwają lęk i bezwład wobec konieczności wprowadzenia jej w czyn. Dotyczyć to może przeprowadzenia jakiejś tranzakcji handlowej, odbycia podróży, wynajęcia mieszkania, wstąpienia w związki małżeńskie itp. Lęk jako rys charakteru wyraża się niekiedy w ten sposób, że paraliżuje danej osobie ruchy i nie pozwala jej, na skutek konfliktu strony uczuciowej z intelektualną, przejść do wykonania decyzji, zwłaszcza decyzji tak ważnej, jaką jest postanowienie zakończenia życiowych porachunków, i zmusza ją do przerzucenia ciężaru wykonania jej na tego, kto ma być towarzyszem śmierci. Oczywiście, kto się tego obowiązku podejmuje, musi być wyposażony w większą, niż przeciętna i w większą, niż towarzysz, dzielność, musi posiadać więcej energii, może nawet bezwzględności, musi być niemniej, niż pierwsza osoba, przejęty chęcią samozagłady. O ile w dostatecznym stopniu nie odpowie on tym warunkom, zadanie, jakiego miał dokonać, będzie spełnione zazwyczaj tylko połowicznie: potrafi on pozbawić życia osobę, która sobie tego życzyła, lecz nie była w stanie sama tego dokonać, zabraknie mu natomiast sił, gdy trzeba będzie godzić na życie własne.

Czytamy o wypadkach (wydają się one na pierwszy rzut oka paradoksem), że strona ideowo bardziej czynna, a więc osoba, która opracowuje plan wspólnego pozbawienia się życia,

nie jest zdolna do wykonania zamachu i wobec tego zmuszona jest użyć pomocy strony bierniejszej. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, które, jak tego dowodzą podwójne samobójstwa na tle miłosnym, często podsuwają mężczyźnie myśl wspólnej od życia ucieczki. Potrafią one szczegółowo opracować plan zamachu, odczuwają jednak zbyt silnie lęk i grozę śmierci, tak że nie są w stanie wprowadzić go w czyn, powierzając wykonanie silniejszemu zazwyczaj fizycznie oraz mniej wrażliwemu nerwowo i na ogół lepiej umiejącemu się z bronią obchodzić mężczyźnie.

Popełnienie zabójstwa, nawet za wolą, nawet na wyraźne żądanie strony drugiej wymaga jednak od zabójcy (wielokrotnie było to już podkreślane) tak wielkiego wysiłku nerwowego, pochłania tyle energii, że nie należy się dziwić, iż czasem z tych właśnie powodów może mu jej zabraknąć do przeprowadzenia planu w całości, to znaczy, do odebrania następnie życia sobie samemu. Może zatem sprawca zabójstwa, dokonanego za wolą danej osoby, nie mieć wprost sił targnąć się na własne życie, kiedy indziej zaś starczy mu ich zaledwie do zadania sobie powierzchownych tylko ran, co może dawać pozory symulacji. Może się nawet nasunąć przypuszczenie, że wypadek dotyczył zabójstwa wbrew woli zabitego, po czym miał miejsce nieudany zamach samobójczy sprawcy.

Podkład duchowy w obu tych wypadkach jest jednak całkowicie różny, a wszak ten ostatni mówi przede wszystkim o istocie podwójnego samobójstwa czy też zabójstwa, po popełnieniu którego sprawca zamierza pozbawić się życia. W pierwszym wypadku istnieje u obu osób wola odejścia od życia, w drugim — spotykamy się z narzuceniem jej przez jedną osobę innej.

Mogłoby się zdawać, że psychika sprawców podwójnego samobójstwa zbliżona raczej jest do psychiki zwykłych samobójców, psychika zaś i czyny osób, które do samobójstwa pociągają osoby inne — pokrewne są psychice i czynom zabójców. Głębsze jednak zastanowienie się nad materiałem obu tych zjawisk doprowadza do wniosku, że sprawa bynajmniej nie jest tak prosta, jakby się zdawało. Sądząc z listów, pozostawionych przez samobójców i zabójców, widzimy, że przedstawiają oni rozmaite typy, że przyczynami, które doprowadziły ich do popełnienia samobójstwa czy też zabójstwa, mogą być zarówno rozpacz i tęsknota, jak i chęć zemsty, pogarda, nienawiść. W jednym wypadku pisze młodzieniec do swej dziewczyny: „Bądź przeklęta! niech ci moja niewinna krew twą podłą duszę splami". To znów porzucona dziewczyna pozostawia kartę,

w której między innymi pisze: „Muszę ginąć przez takiego łotra! Życzę mu, by mu moja krzywda na wierzch wyszła“. Z tych słów wnioskować należałoby, że nienawiść i chęć pomszczenia krzywdy nie są tu chyba mniejsze, niż w wypadkach, w których osoba pokrzywdzona, nie mogąc dla tych czy innych przyczyn znaleźć sprawiedliwości, sama ją sobie wymierza, sama staje się oskarżycielem, sędzią i wykonawcą wyroku, a następnie sama życia się pozbawia.

Kiedy indziej znów dowiadujemy się z pozostawionych listów, że sprawca cudzej i własnej śmierci nie myślał jakoby o popełnieniu zabójstwa, sam jednak chciał zejść ze świata. Aczkolwiek do tego rodzaju listów należy odnosić się krytycznie i z wielką ostrożnością, gdyż ludzie potrafią nieraz kłamać nawet w ostatnich chwilach życia, to jednak podobne wypadki nasuwają myśl, że w pewnych warunkach nie ma istotnej różnicy między podkładem psychicznym czynu samobójcy a osoby, która, odbierając sobie życie, pozbawia go także innych. Durkheim utrzymywał, że jedne spomiędzy samobójstw wykazują pokrewieństwo z zabójstwem, inne go nie posiadają. Możemy też przyjąć, że pewne typy samobójstw łączą się częściej z zabójstwami, niż inne.

Na ogół częstszy jest taki stan duchowy samobójcy, w którym, nawet srodze pokrzywdzony, nie wymierzy sobie sprawiedliwości przez pozbawienie życia drugiego. Nienawiść swą potrafi on wypowiedzieć niekiedy w straszliwych słowach, często, już nawet na progu śmierci, ściga sprawcę swych nieszczęść strasznym przekleństwem, lecz dość rzadko godzi na jego życie. Niekiedy znowu, gdy postanowienie odebrania sobie życia jest wynikiem ogólnego rozczarowania do ludzi i do świata, samobójca w obliczu swej śmierci jak gdyby lekceważy człowieka, który wyrządził mu nawet największą krzywdę, uważając, że gdyby nie on, kto inny spowodowałby jego nieszczęście, gdyż takie jest już urządzenie świata.

Ktoś pod wpływem zbyt ciężkich przejść, widma nędzy czy niesławy, a więc warunków wybitnie społecznie czy indywidualnie nienormalnych, godzących nie tylko w niego, lecz również w jego najbliższych, decyduje się przeciąć nie tylko nić własnego życia, lecz i tych, którzy mu są drodzy, a których przyszłość — po jego odejściu — przedstawia mu się jako pasmo cierpień, zwłaszcza, o ile za ich los czuje się przed nimi i samym sobą odpowiedzialnym. Im bardziej przeświadczenie samobójcy, że życie jego naj-

bliższych bez niego byłoby nieznośną męką, jest objektywnie słuszne, tym mniej samobójcę takiego należy uważać za psychopatę i odwrotnie. W ogromnej większości wypadków spotykamy się tu jednak z chorobą psychiczną, a sprawcą zabójstwa jest w tych warunkach cyklotymik w okresie depresji lub też osobnik nadwrażliwy, którego najbardziej charakterystyczną cechą jest uczucie niepokoju, czasami straszliwego wprost lęku. Nie dopatrzymy się tu jednak zaborczości i zachłanności jakie cechują inny znów typ samobójcy, który, będąc zmuszony siłą wypadków do pozbawienia życia siebie, nie potrafi odejść sam, lecz ciągnie przemocą z sobą tego, kto jego zdaniem jest przyczyną katastrofy. Myśl, że ten, który jemu każe wstąpić do mogiły nadal ma korzystać z życia, że może z jego śmierci wyciągnie jakiś pożytek — jest dla niego nie do zniesienia. W ramach normalnej jeszcze psyche są to wypadki niezmiernie jednak rzadkie, znacznie częściej dotyczą one typów psychopatycznych, a więc dotkniętych zaburzeniami harmonii struktury duchowej, względnie wręcz psychicznie chorych.

Zdaniem A. Dellmasa, człowiek przychodzi na świat z inteligencją i „duszą", na które składają się predyspozycje i skłonności (dispositions affectives). Zasadniczych tych właściwości psychicznych jest pięć. Łącząc się w różny sposób i w różnym nasileniu u poszczególnych osobników, tworzą one nieskończoną ilość typów, pod które można podciągnąć zarówno zabójców, jak i samobójców.

Rodzimy się więc z mniejszą lub większą skłonnością do działalności, do mniejszego czy większego wyładowania się na zewnątrz, posiadamy w różnym stopniu odporność na znużenie lub przeciwnie — łatwość ulegania zmęczeniu. Mamy skłonność do nastroju smutnego lub wesołego, do radosnego ożywienia lub bezwładu. Wszyscy bez wyjątku posiadamy zdolność reagowania na bodźce, wychodzące od świata zewnętrznego, odczuwamy w związku z tym stany wzruszeniowe: smutek, niepokój, gniew, radość itd. Lecz reakcje nasze są rozmaite. Reagujemy, wykazując wrażliwość i drażliwość, lub też przeciwnie — obojętność, nieczułość.

Sposób reagowania jest w ścisłym związku ze stopniem wrażliwości, a skala tej ostatniej, jak zresztą i innych predyspozycyj psychicznych, o których obecnie mówimy, jest bardzo rozległa.

W różnym stopniu posiadamy zdolność do współżycia towarzyskiego, w związku z czym możemy podzielić ludzi na prawych,

miłych i uprzejmych w obejściu, na pragnących się podobać pochlebców, ludzi nietowarzyskich, zamkniętych itd.

Niemniej rozległą skalę wykazuje dobroć, której antytezą jest złość; stanowisko pośrednie zajmuje obojętność.

Piątym wreszcie składnikiem byłaby wynikająca z instynktu samozachowawczego zaborczość lub zachłanność, która popycha człowieka do pomnażania bogactw materialnych lub duchowych, albo i jednych i drugich naraz. Gdy skłonność ta istnieje w bardzo nieznacznym stopniu, osobnik jest bezinteresowny, skromny, nawet pokorny. Połączenie wyższego, niż przeciętnie spotykany, stopnia dobroci z bardzo nieznacznie zarysowaną zaborczością tworzy altruistów, wzmożona zaborczość daje egoistów, wyjątkowa — tyranów, despotów. Oczywiście, zaborczość, jak to już zaznaczyliśmy, może dotyczyć wszelkich stron życia: sfery uczuć, wiedzy, władzy, majątku itd.

Te zatem pięć podstawowych czynników, wchodząc w najrozmaitszym stopniu w skład wewnętrznej struktury człowieka, wobec nieskończenie wielkiej rozmaitości poszczególnych kombinacyj i połączeń stanowią o sposobie postępowania osobnika w sytuacjach życiowych, wśród których z natury rzeczy znajdują się i takie, które prowadzą w pewnych wypadkach do samobójstwa, w innych — do zabójstwa.

Materiał, jakim rozporządzamy, podzielimy na dwie zasadnicze grupy, aczkolwiek — jakeśmy to już powiedzieli — w pewnych warunkach z punktu widzenia psychologii różnice między nimi w znacznym stopniu mogą się zatrzeć.

I. Samobójstwo dwu lub większej ilości osób, popełnione na skutek wzajemnego porozumienia.

II. Zabójstwo, popełnione wbrew woli ofiary, i w następstwie tego śmierć samobójcza sprawcy.

Wśród samobójstw wspólnych rozróżniamy:

A) Samobójstwo zakochanych. Najczęstszą przyczyną zamachów samobójczych wśród zakochanych jest niemożność zawarcia małżeństwa. Świadczą o tym pozostawiane przez desperatów listy. Oto np. urywek jednego z takich listów: „...Szukać nas należy za siódmym przystankiem tramwajowym, w kierunku M., w prawo od toru. Chcemy umrzeć spokojnie i dl.tego wyjeżdżamy. Jedno tylko mamy życzenie, któremu — wierzymy — nasi drodzy nie odmówią: żeby nas pochowano, jeśli nie można w jednym grobie,

przynajmniej w jednej miejscowości". Ofiarami tego podwójnego samobójstwa byli: 21-letni student katolik i dziewczyna żydówka.

Nie zawsze jednakże równocześnie i w jednych warunkach popełnione przez dwie osoby różnej płci samobójstwo jest podwójnym samobójstwem. — „Kochana Mamusiu, wybacz mi mój szalony postępek — postanowiłam dziś umrzeć. Poznałam przed kilku dniami X. Y., który mi się zwierzył ze swych nieszczęść i że chce popełnić samobójstwo. Nieszczęście nas zbliżyło, postanowiliśmy zatem umrzeć razem. On nie chciał wcale, bym z nim umierała, tłumaczył, że los się jeszcze może do mnie uśmiechnie, że mogę jeszcze kiedyś być szczęśliwa. Jednak wymogłam na nim, by mi pomógł umrzeć. Jestem mu za to bardzo wdzięczna, choćby z tego powodu, że we dwoje zawsze się łatwiej umiera... Umieram z własnej woli, ponieważ życie nie przedstawia dla mnie żadnej wartości. O odebranie mi życia prosiłam X. Y. kilkakrotnie i w końcu zgodził się na to. Proszę nie przeprowadzać żadnych dochodzeń M. M."

A oto urywek z listu, pozostawionego przez X. Y. „Chciałem umrzeć tylko sam. Przypadkiem zwierzyłem się z tego zamiaru mej towarzyszce podróży w zaświaty i ta prosiła mnie usilnie, bym umarł z nią razem. Opierałem się długo, gdyż bardzo żal mi było pozbawić ją w tak młodym wieku życia, lecz w końcu usilnym jej prośbom uległem. Proszę wybaczyć, nie chciałem jej śmierci, do ostatniej chwili namawiałem ją, by odstąpiła od swego zamiaru. Nie chciała. Trudno — stało się...".

O ile listy te mówią prawdę, przyczyna odebrania sobie życia każdej z tych osób była ściśle indywidualna, nie było między nimi żadnego głębszego związku, a choć obie one zmarły własnowolną śmiercią równocześnie, w jednym i tym samym miejscu, należy uznać, że były to raczej dwa wypadki pojedyńczego samobójstwa, popełnione w jednakowych zewnętrznych warunkach.

B) Samobójstwo małżonków. Do przyczyn zamachów samobójczych małżonków należą: nieuleczalna choroba męża lub żony, niesława, widmo nędzy, a nawet czasem nieznaczne tylko pogorszenie warunków ekonomicznych itd. Przytoczę pare przykładów.

Młody, trzydziestoletni sierżant, którego żona choruje od dłuższego czasu, otrzymawszy rozkaz przeniesienia się służbowo z miejscowości, położonej w pobliżu Warszawy, w dalsze okolice, pozbawia życia żonę i siebie. Po śmierci znaleziono obok nich kartkę następującej treści: „Stwierdzam, że mąż mój odebrał mi

życie za moją zgodą gdyż, będąc chorą i wyczerpaną, nie miałam siły dłużej się męczyć". Na tejże kartce nieco poniżej dopisek męża: „Wiadomość o przeniesieniu mnie odebrała mi chęć do życia".

Nie rozporządzamy dostatecznie obszernym materiałem, nie wiemy, dokąd i w jakie warunki miał być przeniesiony ten sierżant, nie wiemy również, jakiego rodzaju było cierpienie jego żony. Być może, stan jej był rzeczywiście ciężki, być może, miała ona prawo przypuszczać, że w nowych a niesprzyjających warunkach o leczeniu nie będzie mogło być mowy. Jeśli tak było, to jest zrozumiałe, że nie chciała się zgodzić na powolne konanie w obcej okolicy, zdala od tego, z czym się zżyła i co kochała. Męża również możemy zrozumieć, jeśli przypuścimy, że mocne węzły łączyły go z kobietą, o której wiedział, że stan jej jest bardzo ciężki, a on, ze względu na obowiązki służbowe w ostatnich może chwilach jej życia nie będzie mógł jej okazać opieki. Postanawia zatem przyśpieszyć chwilę śmierci żony, a wobec tego, że w tych warunkach nie widzi dla siebie innego wyjścia, odbiera również życie sobie. Sądzę, że nie jest słusznym uważać tego człowieka za anormalnego tylko dlatego, że w ciężkich warunkach życia, czując, iż daje mu ono niewspółmiernie więcej cierpień, niż jasnych chwil, niezdolny do walki, wycofuje się własnowolnie z szeregu żyjących. Wiele osób, w stosunku do których nie nasuwają się bynajmniej wątpliwości, czy są one normalne, tylko dlatego kończy życie śmiercią naturalną, że szczęśliwy układ warunków ich życia pozwolił im na to. Gdyby jednakże na skutek mniej pomyślnych okoliczności bieg ich życia przyjął inny obrót, wiele z nich przypuszczalnie nie doczekałoby jego naturalnego kresu. Czy jednak dlatego tylko mielibyśmy prawo nazwać je nienormalnymi?

Czasem suchy fakt samobójstwa, oderwany od ogólnego tła życia i od osoby samobójcy, nasuwa przede wszystkim przypuszczenie, że był to czyn człowieka psychicznie chorego, — po głębszym atoli zapoznaniu się z całością zjawiska zaczynamy się wahać, czy pogląd ten był słuszny. Oto przykład:

Powołany do wojska w niespełna dwa miesiące po ślubie dwudziestoletni rzemieślnik, w kilkanaście dni po rozpoczęciu służby, samowolnie, bez urlopu przyjeżdża do domu i oświadcza żonie, że postanowił nieodwołalnie nie wrócić już do wojska. Po tak kategorycznym postawieniu sprawy, nie mogąc znaleźć innego wyjścia, dochodzą oboje do wniosku, że pozostaje im tylko odebrać sobie życie,

co też istotnie wprowadzają w czyn. Rozumują może w ten sposób: W razie jego powrotu do wojska nie długie miesiące, lecz lata całe muszą ich rozdzielić, a kto wie, co w ciągu tego czasu może ich spotkać. Śmierć w jednej chwili połączy ich na zawsze. Szykują się do niej, jak do nowych godów, żona kładzie suknię ślubną.

Trudno jest wytłumaczyć tu samobójstwo jakimiś czynnikami, z pominięciem patologicznych. Choć przybył do domu samowolnie, nie spotka go za to drakońska kara, pobyt w wojsku dla przeciętnego chłopca z jego środowiska nie jest piekłem, urlopy są możliwe, służba trwa nie dziesiątki lat. Jednak nie możemy zapominać, że w mrowisku ludzkim spotykamy typy o mniej lub więcej zaznaczonej indywidualności, że wojsko kładzie wszystkich pod jeden strychulec, że regulamin wojskowy jest surowy, a zwierzchnicy w rozmaity sposób pojmują swą władzę. Te zatem okoliczności oraz tęsknota za świeżo poślubioną żoną, być może podszept niepokoju, że co z oczu, to i z serca — każą mu wrócić do domu z powziętym już postanowieniem. Jaka z przyczyn była najważniejszą, czy jednej z nich starczyłoby do popełnienia samobójstwa? Niesposób na to pytanie odpowiedzieć. Dla zakochanej kobiety rozłąka z mężem jest gorszą od śmierci. Z życiem raczej woli się rozstać, niż z nim. Jej udział w tym podwójnym samobójstwie tłumaczyć należy przypuszczalnie w dużym stopniu biernością i sugestywnością. U mężczyzny, prócz wymienionych poprzednio przyczyn natury zewnętrznej, zaburzenia psychiczne wieku młodzieńczego, spotykane zazwyczaj u osobników młodszych, tu zapóźnione, mogły również wykazać swój współudział.

Do tej grupy samobójstw zbliżone są takie, które nie są wprawdzie popełniane na skutek wzajemnego porozumienia i nie w jednym czasie, nie są zatem samobójstwami podwójnymi w istotnym tego słowa znaczeniu, posiadają jednak z nimi wiele cech wspólnych. Samobójstwo osoby bliskiej — w wypadkach, zbadanych przeze mnie, jednego z małżonków — wywołać może niekiedy tak silny wstrząs na złączoną z nią węzłami uczuciowymi inną osobę, że nie jest ona w stanie tego przeżyć. Oto przykłady:

Do niedawna zamożny, a ostatnio żyjący wraz z żoną nieomal na łasce krewnych kupiec, wszedłszy do pokoju żony, stwierdza, że odebrała sobie ona życie. Była to kobieta chora, od dłuższego czasu cierpiąca na kalectwo nóg. Mąż był do niej przywiązany, dobrze z nią żył. Nie mówiąc nic nikomu, zamyka drzwi, pisze

list, w którym przeprasza za kłopot, poczyniony otoczeniu, wyraża żal z powodu postępku żony oraz żegna się z rodziną. Następnie popełnia samobójstwo.

W danym wypadku mąż odebrał sobie życie niemal bezpośrednio po samobójstwie żony, spotykaliśmy jednak i takie, gdzie znaczny dystans czasu dzielił zgony. Oto, na przykład, w 50 dni po samobójczej śmierci żony, która umierając zostawiła trzyletnią córeczkę, mąż jej pozbawia się życia, motywując swój czyn w pozostawionym liście tym, że chce „z żoną, gdziekolwiek jest, połączyć się na zawsze".

W związku z opisanymi wypadkami nasuwa się myśl, że drugi zamach był przede wszystkim wynikiem wstrząsu i wzmożonej sugestywności. Zgodzimy się na to, z tym jednakże z zastrzeżeniem, że podstawową przyczyną samobójstwa w danym wypadku był pewien, niekoniecznie chorobliwy, układ psychiczny, pewna swoista uczuciowość, bez których wstrząs i wzmożona sugestywność nie doprowadziłyby do samobójstwa. Wstrząs bowiem w podobnym wypadku spowodowałby u większości ludzi raczej uczucie lęku przed śmiercią, wykazałby jej grozę, co się zaś tyczy sugestywności — poddajemy się zazwyczaj takim jej podszeptom, które nam w danej chwili odpowiadają. Jest rzeczą ogólnie znaną, że im umysł jest bierniejszy, tym łatwiej ulega on sugestii; chwilowym zahamowaniem umysłowym objaśnia się zazwyczaj wyraźnie występującą sugestywność wieku dojrzewania i bardzo wczesnej młodości, jednak i ludzie o silnie zaznaczonej umysłowości mogą ulegać i ulegają niekiedy jej wpływom, zwłaszcza tam, gdzie są silnie zaangażowani uczuciowo. Nawet t. zw. typy intelektualne w bardzo wielu sprawach kierują się nie rozumem, a uczuciem.

C) Dalszym ogniwem łańcucha, łączącego w jedną całość zjawisko wspólnych samobójstw, będą wypadki, dotyczące *rodzeństwa* — braci i sióstr, gdy odbierają sobie życie na skutek wzajemnego porozumienia. Najczęstszą przyczyną tych samobójstw jest materialna nędza. Tu przytoczę wypadek, w którym dwaj bracia, ludzie zupełnie młodzi, u schyłku starego roku skończyli swe z życiem rachunki, czyn swój tłumacząc brakiem pracy i nędzą. Skrzywdzilibyśmy ich, nazywając ich nienormalnymi tylko dlatego, że odczuwali wstręt do brudu, nędzy i przymusowego próżniactwa. Może bardziej normalnym, niż osobnik bierny i wytrwały w wegetacji lub wierzący bez podstaw, że los jego „jakoś" się zmieni, jest ten, kto się nie łudzi zwodniczą nadzieją na lepsze jutro i nie po-

trafi zredukować swych życiowych wymagań poniżej niezbędnego minimum.

D) Przejdźmy teraz do samobójstw wspólnych *rodziców i dzieci*. Mieliśmy możność poddać analizie wypadek, którego przyczyną były złe warunki materialne i moralne, a przypuszczalnie również podkład psychopatyczny. Wypadek miał miejsce w Warszawie w 1934 r. 54-letnia pani Z. i córka jej 34-letnia M. są bez pracy, bez środków do życia i znajdują się od pewnego czasu na utrzymaniu młodszej córki pani Z., osoby 21-letniej. W pewnej chwili ta ostatnia wraz z matką próbują pozbawić się życia. Matka — z powodu kłopotów materialnych oraz troski moralnej o córkę, z którą zerwał narzeczony, córka zaś — z przyczyny zerwania. Zamach ten nie doszedł do skutku. Po niejakimś czasie młodsza córka, jedyna żywicielka matki, siostry i siebie, traci posadę. Wiadomość o tym wpływa tak przygnębiająco na matkę i siostrę, że w pewnej chwili, podczas nieobecności młodszej panny Z., pozbawiają się życia. Panna Z. po powrocie do domu zastaje dwa wiszące trupy. Z krzykiem rozpaczy chwyta buteleczkę z esencją octową i wypija jej zawartość. Odwieziona do szpitala wkrótce umiera.

Warunki moralne i materialne tych kobiet były istotnie ciężkie, być może w grę wchodziła tu również i chorobliwa skłonność do depresji. Myśl ta nasuwa się zwłaszcza z tej racji, że wypadek samobójstwa dotyczy tu wszystkich członków rodziny, a wiemy, że konstytucja depresyjna dziedziczy się częściej, niż inne. Oczywiście i wstrząs, jakim był widok wiszących — matki i siostry, nie mógł również nie wywrzeć wpływu na młodszą córkę pani Z.

Wspomnimy jeszcze o wyrozumowanym samobójstwie wspólnym. Rzadko bywa ono wyrozumowane istotnie przez obie osoby. Zazwyczaj jedna tylko osoba rozumuje, druga zaś przyjmuje ten sposób myślenia i wnioskowania, ponieważ uczuciowo do tego się skłania i ulega wpływowi osoby pierwszej. Niezbędnym warunkiem wyrozumowanych samobójstw muszą być mocne węzły uczuciowe, ściśle spajające obie strony. Muszą one być tak silne, by zagłuszyły instynkt samozachowawczy. Często nieuleczalna i ciężka choroba jednego z małżonków, starość, ciężki wstrząs moralny i depresja jednego z nich są powodem desperackiego postanowienia. O ile uczucia mocne, gwałtowne i głuche na wszystko inne należą w zaraniu młodości człowieka do zjawisk dość częstych, a przy

niesprzyjających warunkach prowadzą dość często do podwójnego samobójstwa, o tyle samobójstwo małżeństw starszych świadczy o głębokim przywiązaniu do siebie małżonków, wynikłym z istotnego zżycia się i tak ścisłego wrośnięcia i wniknięcia jednej osoby w życie drugiej, że istnienie jednej z nich bez drugiej staje się odartym z wszelkiej krasy, pozbawionym wszelkiej wartości. Częściej stosunkowo spotykamy się z faktem, że długie lata współżycia doprowadziły do obopólnej nienawiści. Znamy takie wypadki, że żona po 20, a nawet 45 latach pożycia zabija męża. O ile jednak osoby, które los sprzągł razem, a więc przede wszystkim małżonkowie, pod każdym względem sobie odpowiadają, długoletnie wspólne pożycie, jednakowe przyzwyczajenia, upodobania, sposób życia itd. mogą sprawić, że oboje tworzą jakby jedną całość, a każde z nich jest tylko częścią tej całości, niezdolną nieomal do samoistnego życia. Wytwarza się między nimi jakby powinowactwo duchowe, spajające silniej niż węzły krwi.

Podobne wypadki stanowią jakby pomost między samobójstwami, popełnianymi przez członków rodziny, a takimi, gdzie pozbawiają się życia pozostające w zażyłości, a nawet przyjaźni osoby tej samej płci. O ile samobójcami były osoby w wieku dojrzewania i wczesnej młodości, za główną przyczynę desperackiego ich kroku można do pewnego stopnia uważać zaburzenia równowagi psychicznej, jakie często towarzyszą rozwojowi, w związku z czym przy braku hartu, jakiego młodzież jeszcze nie posiada, może niekiedy wystarczyć błahego nawet powodu do wytworzenia stanu duchowego zamętu, rozgoryczenia i zniechęcenia do życia, skąd już czasami krok tylko jeden do popełnienia samobójstwa.

W materiale, do jakiego miałam dostęp, znalazłam kilka wypadków podobnego samobójstwa dotyczącego zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Przeważnie spotykamy tu młodzież szkolną. W jednym wypadku denatkami były dwie młode prostytutki, które zaprzyjaźniły się ze sobą, lecząc się w jednym szpitalu. Po skończonej kuracji, na „wolności", wpadły w ręce sutenera i znalazły się ostatecznie w skrajnej nędzy. To jakoby spowodowało, że postanowiły umrzeć, i istotnie znalazły śmierć pod kołami pociągu.

Przyczyną podwójnego samobójstwa, popełnianego przez osobników tej samej płci, bywają niekiedy zboczenia płciowe. Zdaniem Hirszfelda, jednego z najpoważniejszych znawców zagadnienia homoseksualizmu, zboczeńcy płciowi zajmują poważne miejsce w rubryce podwójnych samobójstw. Na sto wypadków

samobójstw homoseksualistów, 10 kobiet i 12 mężczyzn popełniło je równocześnie. Za przyczynę przedstawiali oni niekiedy niemożność wspólnego pożycia.

Do podwójnych samobójstw zaliczam również takie, które, acz nie zostały popełnione równocześnie, wykazują jednak logiczną ze sobą łączność. Wszak nawet wtedy, gdy samobójstwo podwójne odpowiada jak najściślej stawianym mu warunkom, myśl o nim nie powstaje równocześnie w umysłach obu ofiar — chyba wyjątkowo. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, rodzi się ona w mózgu jednej z nich, mianowicie tej, która jest więcej wrażliwa, bardziej skłonna do depresji, która wyraźniej potrafi sobie przedstawić następstwa czynów, która silniej i dokładniej wyobraża sobie grozę swej przyszłości, głębiej odczuwa ciężar istnienia. Zależnie od najrozmaitszych okoliczności zewnętrznych oraz od struktury duchowej osoby, u której myśl taka powstaje, wymaga ona więcej lub mniej czasu, ażeby dojrzeć do czynu. To, co poeta ujął w słowa: „śmierć we mnie rośnie", może obejmować cały szereg różnych psycho - fizjologicznych procesów. Gdy myśl taka rozwinie się już dostatecznie i utrwali w świadomości, gdy odpowiada jej strona uczuciowa popędów desperata — natenczas przenosi się do świadomości osoby drugiej, skoro tylko znajdzie tam dla siebie odpowiedni grunt i przyjęcie. Jeśli u drugiej osoby instynkt samozachowawczy nie jest bardzo silnie rozwinięty, jeśli jest ona bardziej, niż przeciętnie, uczuciowa i wrażliwa — przy działaniu niepomyślnych warunków łatwo poddać się może wpływowi pierwszej. Aczkolwiek uważamy, że ponadprzeciętna wrażliwość oraz przykre stany uczuciowe są przeważnie przyczyną samobójstwa, to nie możemy się jednak zgodzić z de Fleury, który utrzymuje, że jedynie ciężkie stany uczuciowe prowadzą do pozbawienia się życia i że zamiar popełnienia samobójstwa jest zawsze wynikiem wyłącznie tylko stanu emocjonalnego, nigdy zaś działalności myślowej. Tak mogłoby być, ale tylko wtedy, gdyby wszyscy samobójcy byli osobnikami psychicznie chorymi lub przynajmniej psychopatami.

Osoba, nakłaniana do samobójstwa, musi, jak była już o tym mowa, stanowić grunt podatny. Przeciwnie — o ile jest mało wrażliwa, ma usposobienie pogodne i wiarę w lepsze jutro, o ile jej wyobraźnia nie potrafi malować ponurych obrazów przyszłości, o ile ma ona silnie rozwinięty instynkt samozachowawczy — wtedy nawet przy niesprzyjających okolicznościach zdoła się oprzeć woli

osoby, nawet bardzo bliskiej i kochanej, i zamiar wspólnego samobójstwa do skutku nie dojdzie. W pewnych wypadkach sugestionowany potrafi nawet odwieść od zamiaru inicjatora. Jeśli jednak warunki ułożą się inaczej, a więc przy silnej woli osoby, która plan powzięła, i równocześnie przy usposobieniu uległym drugiej, natenczas nawet u osób psychicznie zdrowych możemy się spotkać ze zjawiskiem podwójnego samobójstwa.

Zdarza się, że osoby, które popełniły wspólne samobójstwo, do ostatka nie zdradzały w swym zachowaniu się nic takiego, coby wskazywało, że zdają sobie sprawę, iż znajdują się w przededniu śmierci. Dowiadujemy się między innymi, że załatwiały one swe sprawy w ten sposób, jakby nazajutrz miały do nich powrócić, że nastrój ich był zwykły, codzienny, a nawet że bawiły się i żartowały. W tych warunkach siłą rzeczy nasuwa się przypuszczenie, że samobójstwo było wynikiem chwilowego nastroju. Przeczą jednak temu wyraźnie pozostawione pisma, z których widać, że sprawa przedstawiała się zgoła inaczej. Oto przykład: 29-letni N., człowiek żonaty, ojciec dwojga dzieci, zakochał się z wzajemnością w 18-letniej panience. Razu pewnego wyjechali oboje do jej rodziny na wieś, gdzie wraz z gospodarzami bawili się i ucztowali. W pewnej chwili N. napisał list, który podał następnie swej towarzyszce. Ta po przeczytaniu podpisała go z uśmiechem. Wkrótce potem wybrali się konno do lasu. Kiedy wracali i byli już w pobliżu domu, N. poprosił dziewczynę, by odwróciła w tył głowę. Gdy to uczyniła, strzelił do niej kładąc ją trupem, a następnym strzałem sam się pozbawił życia. Ze znalezionego przy nich i podpisanego przez oboje listu okazało się, że dawno już postanowili popełnić samobójstwo.

Innym znowu razem widzimy, że ci, co postanowili odejść, są tak pochłonięci myślą o wspólnej śmierci, tak zasłuchani w przemożny jej zew, że jakby głuchną i ślepną na wszystko, co ich otacza. Przestaje dla nich istnieć to, co do niedawna było treścią ich życia, z czym się zawsze w życiu bardzo liczyli. Tym też, być może, tłumaczyć trzeba takie np. zjawiska, że kobiety, prowadzące się nader skromnie, bywały niekiedy znajdowane w takiej sytuacji, którą możnaby objaśnić jedynie tym, że świat i wszystko, co je z nim wiąże, a więc i sądy ludzkie, przestały już dla nich istnieć.

W wypadkach samobójstwa z miłości śmierć niekiedy bywa uważana za ekspiację zdrady małżeńskiej. Podobny wypadek opisuje G r a n c h e r. Kobieta po stoczonej z sobą walce ulega osta-

tecznie ukochanemu, stawia mu jednakże warunek, by następnie ją i siebie zastrzelił. Mężczyzna obiecuje, spełnia jednak przyrzeczenie tylko częściowo: kobietę pozbawia życia, siebie rani, zresztą poważnie. Wyleczony odpowiada przed sądem za zabójstwo i zostaje skazany na 7 lat więzienia.

Gdy mówimy o podwójnym samobójstwie na tle miłosnym, niesposób pominąć faktu, że spotykamy się tu z tak wielką rozmaitością zjawisk, iż wydaje się wprost niemożliwością nadawanie im wszystkim jednego wspólnego miana. Wchodzi tu w grę wielka ilość najróżnorodniejszych, częstokroć wręcz sprzecznych uczuć. Mamy tu próżność, zazdrość, lęk, że istota ukochana może zapomnieć, zobojętnieć, znaleźć w życiu szczęście z innym, — dzieląc zaś śmierć, da dowód rzeczywistej miłości.

Strowski de Lenka wspomina o wypadku, dotyczącym kobiety, która, zmęczona zazdrością męża, by go uspokoić i dać mu równocześnie dowód, że on jeden niepodzielnie sercem jej włada, sama mu zaproponowała wspólną od życia ucieczkę, na co ten skwapliwie się zgodził.

W wypadkach podwójnego samobójstwa na tle miłości niejednokrotnie wchodzi w grę u kobiet obawa przed zniesławieniem i obmową; dotyczyć to może zarówno kobiet zamężnych, jak i nie związanych żadnymi węzłami. Kobieta jest zazwyczaj w wypadkach nieulegalizowanej miłości tą stroną, przeciwko której zwraca się ostrze opinii publicznej. Odbija się to oczywiście na jej samopoczuciu moralnym, cierpią również z tej przyczyny jej sprawy materialne. Gdy do tego wszystkiego w pewnej chwili dołączy się jeszcze lęk, co szeptać jej będzie, że ten, dla kogo poświęciła wszystko, porzuciła najświętsze nieraz obowiązki, naraża się na upokorzenia i przykrości, może ją opuścić, gdy dokuczy mu dwuznaczne położenie, — wspólna z nim śmierć zaczyna jej się wydawać wybawieniem, jedynym wyjściem z sytuacji.

Zupełnie inną w podobnych wypadkach jest psychologia mężczyzny. By zdobyć przedmiot pożądania, skłonny on jest do najdalej idących ofiar, próbuje wszelkich możliwych sposobów, a gdy te zawiodą, nie cofnie się nawet przed myślą o wspólnej z ukochaną śmierci, gdyż życie, chociaż skądinąd jest do niego bardzo przywiązany, pozbawione w danej chwili najcenniejszej dla niego ozdoby, wydaje mu się pozbawionym wszelkiej wartości. Gdy jednak osiągnął już cel swych pragnień, sytuacja zmienia się całkowicie. Życie, które tak niedawno jeszcze uważał za coś bez-

użytecznego, odartego z wszelkiej krasy, zaczyna znów nabierać dla niego uroku. I teraz zbyt trudnym, wprost po nad siły wydaje mu się spełnienie tego, co tak solennie obiecywał; stacza z sobą walkę, zwleka, stara się przekonać kobietę, że należy odstąpić od powziętego zamiaru. O ile jednak nie może tego dopiąć, gdy kobieta żąda dotrzymania słowa, gdy oburzona smaga go szyderstwem, wtedy, wbrew własnemu przekonaniu, wbrew woli, decyduje się nieraz spełnić przyrzeczenie. Zdarzają się jednak wypadki, że nie potrafi go w całej rozciągłości wprowadzić w czyn. Pozbawiwszy życia żądającą tego kobietę, wyzwolony z pod jej moralnej presji, czasem nie jest w stanie odebrać życia sobie. Broń, kierowana jego dłonią, przecina nić życia kobiety zgodnie z jej wolą, przestaje jednak być posłuszna, gdy ją kieruje przeciw sobie. Jakaż jest tego przyczyna? Oto podświadomie działający instynkt samozachowawczy hamuje i wypacza działanie zabójcy, zmierzające do zniszczenia jego własnego życia. W przykładzie, podanym przez Gurwicza, śmiertelnie raniona kobieta widząc, że ten, z kim razem postanowiła umrzeć, nieszkodliwie się tylko strzałem zranił, woła: „Przebij się więc!", a gdy i tym razem okazuje się, że rana nie jest niebezpieczna, woła: „Musisz się zatem powiesić!". Tak więc, gdy na skutek śmierci kobiety, będącej duszą sprawy, wpływ jej ustaje, mężczyzna, który w głębi świadomości bynajmniej nie życzył sobie umierać, a był tylko wykonawcą woli osoby drugiej, teraz, gdy głos, który go wzywał do wspólnej śmierci, umilknie na zawsze, kierowany instynktem własnym cofa się przed grozą pozbawienia się życia.

Przebiegliśmy w ogólnych zarysach najczęściej spotykane typy podwójnych i t. zw. rozszerzonych samobójstw. Obecnie przejdziemy do wypadków, w których człowiek, odbierając sobie życie, wlecze z sobą jedną czy więcej osób bez, a nieraz i wbrew, ich woli.

Wyodrębnimy tu następujące typy:

1. samobójca zabija osoby sobie najbliższe (żonę, dzieci itd.),

2. samobójca zabija osobę ukochaną,

3. samobójca zabija osoby, do których czuje nienawiść: zwierzchnika, przeciwnika politycznego, rywala, nauczyciela itd.

Przy analizie tych wypadków uderza łatwość, z jaką sprawca decyduje się pozbawić życia tych, bez których odejść ze świata nie potrafi czy nie chce, już to dlatego, że lęka się o ich przyszłość, już to z przyczyny wręcz odmiennej natury — np. gdy uważa ich

za sprawców swego nieszczęścia, za które winni ponieść karę. Spotykamy jednak i takie wypadki, gdzie żadna z tych przyczyn nie wchodzi w grę. Dotyczą one przede wszystkim zabójstwa i samobójstwa na tle miłości. Zabójca, który zdaje sobie jasno sprawę, że przyczyną jego nieszczęść i w następstwie konieczności usunięcia się od życia nie jest ukochana, lecz fatalny splot okoliczności, czasem jednak nie może pogodzić się z myślą, że po jego śmierci ona cieszyć się będzie życiem, zapomni o nim, z innym znajdzie szczęście. Dlatego też postanawia i ją pozbawić życia. Czasem jednak wykonanie decyzji zabicia innych przychodzi samobójcy z wielkim trudem, stacza on ze sobą w ostatniej chwili ciężką walkę. Oto ciekawy z wielu względów przykład. Parobek cieszy się, że dostanie za żonę umiłowaną gospodarską córkę. Jest bliski szczęścia. Nagle, jak grom, spada na niego zmiana decyzji: matka ukochanej, zamiast spełnić obietnicę, każe mu „iść precz". Wstrząs jest straszliwy, cierpienie tak wielkie, że postanawia odebrać sobie życie. Zamierza jednak pozbawić życia także dziewczynę i jej matkę. Trudno jest mu jednakże zamiar uskutecznić: zbliża się do ukochanej kilkakrotnie, lecz nie ma siły zadać jej ciosu. Na kartkach wyrwanych z kajetu opisuje swe męczarnie i stan rozterki duchowej, płacze, tłumaczy się, jakby się usprawiedliwiał — zamazane kartki noszą ślady łez. Ostatecznie zamiar wykonuje.

Pokrewieństwo między psychologią samobójstwa a zabójstwa sięga niekiedy bardzo daleko. Stanąwszy np. na skutek niepomyślnych warunków czy nawet własnej winy w obliczu widma beznadziejnej nędzy, człowiek, zwłaszcza gdy należy do natur wrażliwych, nie widzi dla siebie innego wyjścia nad śmierć. Konsekwentne rozumowanie doprowadzić go może do tego samego wniosku w stosunku do osób mu najbliższych, zwłaszcza słabych i bezbronnych, do opieki nad którymi uważa się za powołanego i którym pragnie oszczędzić cierpień, zdaniem jego nieuniknionych. Często stan taki przeżywa matka, która z powodu choroby, bezrobocia czy innych okoliczności pozbawiona jest środków do utrzymania dziecka. Zamiast patrzeć z dnia na dzień na powolne konanie najbliższych sercu istot, pozbawia je życia.

Ażeby się na czyn taki zdobyć, niekoniecznie trzeba być osobnikiem psychicznie chorym. Życie potrafi niekiedy postawić człowieka w tak ciężką sytuację, że nerwy, nawet zdrowe, nie wytrzymują tej próby. Cóż dopiero, gdy mamy do czynienia z osobą

bardziej wrażliwą, o żywszym i większym, niż przeciętne, poczuciu odpowiedzialności i godności osobistej. Zdaniem moim, stan taki mieści się jeszcze w ramach psyche normalnej. Osąd ten można stosować przede wszystkim wtedy, gdy osoby, które samobójca przemocą zabiera ze sobą na tamten świat, są w położeniu, które obiektywnie, a nie z punktu widzenia samobójcy, jest i będzie trudnym do zniesienia. Oto przykład, zaczerpnięty z pracy M. Szerera, który poniekąd ilustruje tego rodzaju warunki.

W marcu roku bieżącego w Anglii młoda kobieta pozbawia życia swą córeczkę i popełnia zamach samobójczy. Dziecko umiera, matka zostaje uratowana. Kobieta ta jest wdową, mąż jej chorował umysłowo i w pewnej chwili, właśnie gdy, po powrocie ze szpitala, był już uważany za psychicznie zdrowego, odebrał sobie życie. Matka jego była chora umysłowo, brat — nerwowo. Po śmierci męża kobieta ta własną pracą utrzymuje dziecko i siebie. Zaczyna jednak chorować na gruźlicę, parę razy leżała już w szpitalu przez czas dłuższy. Dziecko „staje się niewyraźne". Matce, która je tkliwie kocha, wydaje się, że to skutki dziedziczności, że małej grozi umysłowa choroba lub gruźlica. Warunki są tym gorsze, że wszystkie oszczędności, jakimi rozporządzała, pochłonęła jej własna choroba, która ją ponownie zmusza do sanatoryjnego leczenia. Niepokoi się o los dziecka, wreszcie lęk o nie sprawia, że postanawia z nim razem umrzeć i zamiar wprowadza w czyn.

Bardziej chorobliwymi typami, choć i tu granica jest zjawiskiem płynnym, są wiecznie niezadowoleni pesymiści, zawsze zgryźliwi, kwaśni, podchodzący do wszelkich zjawisk i przejawów życia z uprzedzeniem, widzący wszystko w barwach ciemnych, ponurych, którzy bądź nigdy nie posiadali radości istnienia, bądź bardzo dawno ją utracili. Tacy ludzie do życia nie są przywiązani, idą przez nie jakby prawem bezwładu, z przyzwyczajenia, a gdy na skutek niesprzyjających warunków zacznie im się grunt z pod nóg usuwać, zamiast o ratunku, myślą o ucieczce od życia. Gdy w orbicie ich życia krąży inne życie, stanowiące treść i urok ich istnienia, brak wiary w lepsze jutro może doprowadzić ich nie tylko do pozbawienia się własnego życia, lecz również do odebrania go jako czegoś, nie posiadającego wartości także i tym najbliższym. Jest to jak gdyby rozszerzenie poglądu Tymona Ateńczyka, który — jak mówi podanie — nie tylko swym bliskim i przyjaciołom, lecz wogóle wszystkim „zacnym Ateńczykom" radził powiesić się na drzewie w jego ogrodzie.

Prócz tych „urodzonych pesymistów“, świat w ponurych barwach ukazuje się okresowo także osobom, cierpiącym na stany przygnębienia, przedzielone jedne od drugich stanami normalnego samopoczucia albo też, co częściej ma miejsce, fazami podniecenia i samopoczucia wzmożonego. Osobnika o skłonności do okresowej zmiany usposobienia cechuje przede wszystkim to, że nastrój jego ulega co pewien czas zasadniczym zmianom bez wszelkiej przyczyny, a przynajmniej z przyczyn tak niesłychanie drobnych, że są one niedostrzegalne nawet dla samego danego osobnika.

O ile nastroje przejawiają się silnie, nawet laik nieraz może się z łatwością poznać, że stan psychiczny danej osoby odbiega od normy. Jeśli jednak stany podniecenia czy przygnębienia bywają słabo zaznaczone, gdy trwają krótko, nie rzucają się zbyt silnie w oczy — o ludziach tych mówi się tylko tyle, że są nierówni lub że są zbyt smutni. W tym stanie depresji, nawet przy pomyślnych warunkach zewnętrznych, zew śmierci może być tak potężny, że osobnik nie potrafi mu się oprzeć. Gdy śmierć wydaje mu się wyzwoleniem od męczarni życia, pojmując chorobliwie swe względem najbliższych obowiązki, uważa, że i dla nich będzie ona największym szczęściem. Nie pyta ich o zdanie — sam za nich decyduje. Podobny wypadek — następstwo przypuszczalnie tego rodzaju stanów — zaszedł przed kilku laty w Warszawie, gdy pewien wysoki urzędnik w okresie depresji pozbawił życia żonę, dwóch synów i w końcu siebie. Człowiek ten zostawił pamiętnik, z którego przebija stan chorobliwego, straszliwego do życia zniechęcenia i niemniej chorobliwej za śmiercią tęsknoty. Najbardziej charakterystyczny urywek z jego pamiętnika przytaczam poniżej.

„Czy warto żyć? Kto zdecydował się porzucić bolesną niewolę życia, ten podobny jest do ptaka, który, spędziwszy zimę w izbie poczciwych wieśniaków, staje nieskrępowany w otwartym po raz pierwszy oknie i szykuje się do odlotu do słońca, do wiosny. Ogląda się jeszcze na izbę, gdzie mu było ciemno i duszno, gdzie obijał się główką i skrzydłami o sufit i o twarde ściany, ale gdzie zostawia trochę miłych wspomnień i życzliwych mu ludzi. Zaświergocze im jeszcze na pożegnanie, po czym radośnie strzepnie skrzydełkami i bez żalu odleci w bezmierny przestwór, nie lękając się niepewnego losu, jaki go czeka.

Jakaż to rozkosz być na koniec wolnym bezgranicznie. Nie czuć nigdy głodu ani zimna, nie podlegać chorobom, nie znać trosk, nie drżeć o dzieci, nie znać zawodów, rozczarowań, niepo-

kojów, nie irytować się ludzką głupotą, nie denerwować łajdactwem... Osiągnięcie tego stanu zupełnej szczęśliwości leży w naszej mocy: bez trudu, bez długiego bólu, bez uciążliwej walki, możemy zmienić tragiczny sen życia na boską egzystencję kompletnej niewrażliwości... Nie żałujmy życia — jest ono zatęchłą kałużą cierpień, obłudy i podłości, zatęchłe jej wyziewy".

Ten stan wykazuje wysoki stopień nadwrażliwości psychicznej oraz stan emocjonalny o silnie zaznaczonym ujemnym zabarwieniu. Podkreślenie, że „rozkoszą jest nie znać trosk, nie drżeć o dzieci, nie mieć niepokojów, nie denerwować się ludzką podłością" itd., wykazuje, jak bardzo mu te doznawania ciążyły, i dlatego właśnie śmierć nazywa „boską egzystencją kompletnej niewrażliwości". Wstrząsy życiowe, godząc w nadwrażliwą konstytucję w okresie depresji, współdziałały przy powstaniu katastrofy. Nadwrażliwość łączy się łatwo ze stanami depresyjnymi. Smutne są te dary, jakie wieszczka życia kładzie już do kolebki niemowlęcia: życie daje na ogół więcej chwil ciężkich, niż pogodnych i jasnych, i dlatego czasem dla podobnych organizacji może ono stać się męczarnią. Ludzie o podobnej strukturze duchowej wykazują częściej miękkość i dobroć, znacznie rzadziej zachłanność, chętniej też sobie tylko samym odbierają życie, niż pozbawiają go innych, choćby z najbardziej altruistycznych pobudek. Nie posiadają na ogół w dostatecznym stopniu tej zaborczości, której przejawem jest przyznawanie sobie prawa decydowania o czyimś losie, zwłaszcza o życiu lub śmierci.

Stopień uposażenia człowieka w omawiane poprzednio pięć właściwości psychicznych stanowi, przy jednakowych czynnikach zewnętrznych, nie tylko o popełnieniu zabójstwa, samobójstwa lub o jego zaniechaniu, lecz oczywiście także o całym ustosunkowaniu się danej jednostki do życia.

Wiele osób żyje spokojnie, a w końcu umiera śmiercią naturalną w takich warunkach, w jakich ktoś inny, również psychicznie zdrowy, popełnia samobójstwo. Ci pierwsi żyją spokojnie tylko dlatego, że posiadają bardzo cenny życiowy dar n i e z a g ł ę b i a n i a s i ę w sytuacje, których bliższe poznanie mogłoby dla nich być niewygodne, niedostrzegania tego, czego zauważenie mogłoby się na nich źle odbić, a wreszcie dar obchodzenia przeszkód, nie zaś zwalczania ich, co wymaga większego zużycia energii i jest oczywiście trudniejsze. Ludzie ci są mniej wrażliwi, posiadają mniej dobroci, są bardziej zachłanni. Właściwości te mówią raczej o mniej-

szej wartości człowieka, jako członka społeczeństwa pomagają mu jednak żyć. Lecz ludzi, którzy w dostatecznym stopniu wartości tych nie posiadają, nie nazwiemy jeszcze nienormalnymi.

Uwzględnienie omówionych poprzednio pięciu składników życia psychicznego ułatwi nam nieraz zrozumienie pewnych wypadków zabójstwa, a następnie samobójstwa. Oto przykład:

Młody rolnik, posprzeczawszy się z matką i bratem o to, do kogo ma należeć zwieziona z pola kapusta, zabija w kłótni najpierw brata, a następnie stającą w jego obronie matkę, po czym sam się życia pozbawia. O tym, żeby kiedykolwiek w życiu wykazać miał jakieś wyraźniejsze objawy nienormalności psychicznej, dochodzenie nie wspomina. Tu przede wszystkim zachłanność i nadmierna pobudliwość nerwowa przyczyniły się do wywołania katastrofy. Lęk utraty tego, co, jego zdaniem, wbrew opinii obu pozostałych członków rodziny, słusznie mu się należało (zachłanność), działał jako bodziec na chorobliwie wybujałą pobudliwość. Wynikiem tej reakcji jest zabójstwo matki i brata. Śmierć ich obojga, działając na tę samą pobudliwość, doprowadza zabójcę do samobójstwa. Oczywiście sprawa jest bardziej skomplikowana: po dokonaniu zabójstwa, gdy opadło go już uczucie oburzenia i gniewu, rozpacz na widok trupów rodzonej matki i brata, nie mniej silna, niż przed chwilą szał wściekłości, oraz świadomość grozy przestępstwa i oczekującej go kary zmuszają go do podzielenia losu matki i brata. Zostawił do kogoś z bliskich kartkę: „Kochany Edziu, wyślij kartkę do Władków, by przyjechali na pogrzeb Wacka (sprawcy), matki i brata. Żegnaj na zawsze. Po policję posłano. X. Y.". W kartce tej rzuca się w oczy, że pod względem uczuciowym jest ona całkowicie bezbarwna. Pisząc ją, autor albo znajdował się w stanie tak silnego napięcia nerwowego, że nie mogło się ono jeszcze wyładować, albo też po straszliwym wstrząsie wpadł w stan duchowej prostracji i automatycznie zajmował się drobiazgami.

Pięć omówionych w tej pracy właściwości, wpływających na takie czy inne ukształtowanie się osobowości człowieka i stanowiących o formie jego reakcji na zjawiska życiowe, której przejawami mogą być zabójstwa i samobójstwa, spotykamy oczywiście u wszystkich ludzi, zarówno normalnych, jak i anormalnych, pozbawionych często czynników hamujących, kontroli rozumu itd. Weźmy dla przykładu zatrucie alkoholem: spotykamy tu typy „vin gai" i „vin triste", co odpowiadałoby konstytucjom, skłonnym do depresji i podniecenia. W innych wypadkach stwierdzamy wyraźnie wzmożenie

drażliwości pod wpływem alkoholu. Spotykane przy alkoholiźmie przewlekłym urojenia prześladowcze, urojenia zdrady małżeńskiej, zazdrości itd. odpowiadałyby konstytucji o większej, niż przeciętna, zachłanności i zaborczości, a więc konstytucji paranoidalnej. U osobników o takiej organizacji psychicznej w związku z większą u nich, niż u innych ludzi, zaborczością, częściej przypuszczalnie dochodzi do najrozmaitszych porachunków, prowadzących do zabójstwa, niż do kończących się samobójstwem.

O ile normalnego osobnika cechuje harmonia w układzie omawianych czynników, nawet gdy przyjmiemy możliwość bardzo rozległej skali granic normy, to u psychopatów jedne z nich są rozrośnięte nadmiernie, podczas gdy inne pozostają normalne lub są nawet przytłumione. Przewaga tych czy innych właściwości psychicznych, oczywiście łącznie ze stopniem inteligencji jednostki, stanowi o jej społecznych wartościach i powodzeniu. W związku z tym, że warunki życia stają się coraz bardziej złożone i powikłane, również i stosunki w mrowisku ludzkim układają się często anormalnie, a osobnicy o pewnych zbyt nasilonych właściwościach psychicznych, mogą powodować katastrofy lub stawać się przyczyną wielkich nieszczęść dla siebie i innych. W okresie jaskrawo zaznaczonego głodu mieszkaniowego, jaki przed kilku jeszcze laty przeżywała Warszawa, pan X, zmuszony koniecznością, sprzedaje mieszkanie panu Y, swemu znajomemu, który przy tej tranzakcji ze swych zobowiązań wywiązuje się niesumiennie. Pan X. dla wielu przyczyn nie mógł szukać sprawiedliwości w sądzie, między innymi także dla tej, że tego rodzaju tranzakcje, choć w społeczeństwie często spotykane, nie korzystały z opieki prawa. Nie otrzymując pieniędzy, które tak bardzo były mu potrzebne, że tylko dla nich pozbył się mieszkania, bez dachu nad głową, po kilkakrotnym przypominaniu i upominaniu się o należność, upatrzył chwilę, gdy obecny właściciel jego do niedawna mieszkania wracał do domu, i ponowił swoją pretensją. Otrzymawszy odpowiedź odmowną i szorstką, wyjął rewolwer z kieszeni i, strzeliwszy do Y, położył go trupem, a następnie siebie życia pozbawił. Przypuszczam, że spomiędzy ludzi o tego rodzaju konstytucji, którzy zmarli naturalną śmiercią i szczęśliwie nigdy nie weszli w silny konflikt z prawem, jest niemało takich, którzy tylko dlatego nie mieli zatargów, że warunki ich życia nie nasuwały im takiej sposobności. Poza tym sądzę, że u wielu z nich, dzięki przede wszystkim odpowiedniemu wychowaniu oraz innym okolicznościom, mogły rozwinąć się właściwości

takie, jak dobroć, poczucie godności osobistej, działające w sposób kompensacyjny, wpływając hamująco na zachłanność, zaborczość i chciwość.

Kończąc, zaznaczę jeszcze, że wypadki podwójnych samobójstw oraz zabójstw, po których sprawca odbiera sobie życie, nie są zjawiskami zbyt rzadkimi. Na zasadzie materiału, jakim rozporządzałam, zaczerpniętego z codziennych pism i aktów sądowych, mogłam stwierdzić, że częstszymi, niż pierwsze, bywają wypadki zabójstwa, po dokonaniu którego sprawca odbiera sobie życie.

W roku 1931 na 66 zanotowanych odnośnych wypadków 10 dotyczyło podwójnego samobójstwa, 51 zabójstwa i samobójstwa; w pozostałych 5 wypadkach charakter nie został ustalony.

W roku 1932 na ogólną ilość zanotowanych 95 wypadków samobójstwo podwójne spotykamy w 21 wypadkach, zabójstwo z następczym samobójstwem — w 28. Charakteru pozostałych wypadków nie udało się ustalić.

WOJEW. SANATORIUM DLA NERWOWO CHORYCH W KOŚCIANIE DYR. DR. OSKAR BIELAWSKI.

ZOFIA HRYNIEWIECKA.

STAN OPIEKI NAD DZIECKIEM W CZECHOSŁOWACJI.

Wyjątkowe położenie geograficzne i polityczne Czechosłowacji postawiło jej obywateli przed koniecznością oparcia swego prawa do egzystencji na trwałej i pewnej podstawie. Państwo to powstało po wojnie światowej jako zlepek czterech odrębnych narodowości bez tradycji państwowej i historycznej. Obywatelom o tak różnych obliczach politycznych trudno narzucić wspólny ideał państwowy. To też dość wcześnie czynniki decydujące w Czechosłowacji zrozumiały, że należy przede wszystkim wychować zdrowych i jednolitych w zamierzeniach i dążeniach obywateli ČSR, i to stało się prawem i warunkiem sine qua non egzystencji Czechosłowacji jako wolnego państwa.

Zrozumiałą więc jest rzeczą, że przy takim nastawieniu akcja opieki nad dzieckiem przestaje być na terenie ČSR kwestią dobroczynności publicznej, a staje się sprawą państwową, odpowiednio zabezpieczoną finansowo i prawnie. Nie należy mniemać, że wraz z przejęciem opieki nad dzieckiem przez państwo i samorządy upadła zupełnie ofiarność i inicjatywa publiczna, przeciwnie — w obliczu bezrobocia i nędzy rodzin wzrasta zrozumienie, jak żywotnym interesem narodu jest pogłębienie, dopełnienie i ujednostajnienie społecznej opieki nad młodzieżą. Coraz głębiej przenika więc myśl, że pomoc potrzebującym dzieciom jest służbą dla dobra republiki.

Najlepiej z całej Czechosłowacji jest postawiona opieka nad dzieckiem na ziemi Morawsko-Śląskiej, dlatego też w swoim spra-

wozdaniu[1]) specjalnie się nią zajmę. Wybitny spadek narodzin na terenie całej republiki, a zwłaszcza w okręgach miejskich i bardziej uprzemysłowionych, postawił decydujące czynniki przed koniecznością, zmniejszenia procentu śmiertelności wśród dzieci przez odpowiednie urządzenia sanitarne. Cel ten osiągnięto przez utworzenie w całym kraju sieci poradni i stacji opiek nad matką i dzieckiem; prowadzi je Okręgowa Opieka nad Młodzieżą z ramienia Czeskiej Krajowej Opieki nad Dzieckiem (w skrócie C. Z. P. M.). Całą ziemię Morawsko-Śląską podzielono na 360 okręgów zdrowotnych, tak, ażeby w każdym okręgu znajdowała się stacja opieki nad matką i dzieckiem. Do roku 1933 otwarto tych poradni 290. Nie należy mniemać, że taka poradnia jest jednoznaczna z tym, co my na terenie Polski za taką uważamy. Nie chodziło organizatorom o placówki wzorowe, wyposażone we wszelkie zdobycze techniki czy nauki, ale o jak najgęstszą sieć poradni skromnych, któreby mogły z powodzeniem pełnić swą rolę doradcy i informatora. Stacja taka jest też pierwszym etapem segregacji dziecka: chore, potrzebujące leczenia, kieruje się do głównej poradni przy klinice dziecięcej Uniwersytetu Massaryka w Brnie lub do innych klinik i zakładów; jest ona prócz tego pierwszą stacją rozdzielczą poradni przeciwgruźliczych. W poradniach scentralizowany jest dozór zdrowotny nad dziećmi znajdującymi się w cudzej opiece oraz nad dziećmi nieślubnymi. Dla tych dzieci odwiedzanie poradni jest obowiązkowe na mocy prawa o ochronie dzieci w cudzej opiece i dzieci nieślubnych, z dnia 30. VI. 1921 nr 256, oraz na mocy rozporządzenia rządowego nr 29. z 14 marca 1930. Poradnia, jeżeli zachodzi tego potrzeba, roztacza również nad dzieckiem odpowiednią opiekę prawną.

W dobie kryzysu, kiedy decydującą rzeczą było dożywianie dzieci, stacje spełniały również rolę ośrodków akcji dożywiania dzieci pozaszkolnych. Przeważna ilość poradni prowadzona jest przez zawodowe pracownice społeczne, wykwalifikowane na odpowiednich kursach. Dokształcanie ich przeprowadza się przez zjazdy pracownic, za pośrednictwem czasopism i wykładów. W każdej poradni znajduje się lekarz, niekoniecznie specjalista-pediatra. Dziecko odwiedza poradnię przeciętnie pięć razy do roku; wśród dzieci zapisanych do poradni śmiertelność wynosi tylko 1,72%.

---

[1]) Sprawozdanie to zostało opracowane na podstawie materiału zebranego przez dyr. dr. Oskara Bielawskiego w podróży naukowej po Europie, odbytej w lecie roku 1936, tudzież na podstawie spostrzeżeń własnych.

Finansowo zabezpiecza poradnie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Główna Ubezpieczalnia Społeczna oraz dobroczynność publiczna. Budżet tych poradni w 1933 r. wynosił 324.706,33 kč.

Prócz prowadzenia poradni i stacji opieki nad matką i dzieckiem C. Z. P. M. organizuje opiekę nad sierotami, dziećmi opuszczonymi i oddanymi pod cudzą opiekę oraz nad dziećmi moralnie zagrożonymi u własnych rodziców. Przytoczone powyżej ustawy nadają tej pracy charakter urzędowy. Opiekę tę organizuje się według planu C. Z. P. M. już z r. 1926, który zabezpiecza akcji celowość i systematyczność. W każdym okręgu sądowym, których na terenie Moraw jest 79, buduje się okręgowe domy dziecięce. Istnieje już 66 takich domów, Dom dziecięcy jest ośrodkiem opieki rodzinnej. Dziecko, stosownie do wskazań lekarza, umieszczane jest w koloniach rodzinnych lub w wolnej opiece rodzinnej. Opieka nad dziećmi zagrożonymi u własnych rodziców polega na nadzorze wychowawczym oraz na dożywianiu i akcji odzieżowej. Akcję dożywiania dzieci przedszkolnych prowadzi się za pośrednictwem poradni oraz stacji opieki nad matką i dzieckiem, a dzieci szkolnych, za pośrednictwem szkół. Opiekę wakacyjną organizuje stowarzyszenie „Czeskie Serce", przy poparciu władz państwowych, samorządowych i społeczeństwa. Towarzystwo otrzymuje duże zniżki na kolejach dla dzieci wyjeżdżających na wakacje.

Uchwała Krajowej Rady Morawsko-Śląskiej o usprawnieniu opieki nad młodzieżą normalną, sierocą, opuszczoną lub zagrożoną z grudnia 1930 dała w rezultacie zjednoczenie wszystkich indywidualnych poczynań w zakresie opieki nad dzieckiem. Tak więc w ramach C. Z. P. M. doszło do zjednoczenia i uzgodnienia Związku Żeńskich Przytulisk w Brnie, Społecznych Zakładów Braci w Myśliborzycach oraz Zapomogowego Funduszu Legionowego. Nadzór wychowawczy z ramienia Rady wykonuje nadzorcze ciało opiekuńcze, składające się z 3488 członków, w większości nauczycieli, poza tym duchownych, urzędników, rolników a także przedstawicieli innych zawodów. Jeden mąż zaufania z nadzoru ma w opiece 15 dzieci. Prócz tego nadzór kontrolny pełnią specjalni mężowie zaufania, rekrutujący się z zawodowych pracowników społecznych, oraz generalni opiekunowie i sekretarze O. P. M. (Okresni peče o mládež).

Wychowanie opiekunek domów dziecięcych odbywa się na specjalnych kursach oraz w drodze korespondencji. Prócz tego wydaje C. Z. P. M. miesięcznik „Nasz Dom". Finansowe zabez-

pieczenie tej akcji dają: 1) Dotacje sieroce, 2) Ministerstwo Opieki Społecznej, 3) Ministerstwo Zdrowia, 4) Ministerstwo Zaopatrywania Narodu, 5) Zgromadzenie Starościńskie oraz czynniki okręgowe, miejscowe i ofiarność publiczna.

Plan C. Z. P. M. z roku 1931 nie zapomniał też o młodzieży opuszczającej mury szkół powszechnych, dla których kwestia wyboru zajęcia i znalezienie odpowiedniego warsztatu pracy jest palącą koniecznością. Plan ten przewidywał, aby w każdym politycznym okręgu na Morawach znajdowała się poradnia wyboru pracy oraz sekcja młodzieżowa. Obecnie są czynne 32 poradnie, brakuje dwóch do urzeczywistnienia tego planu. Celem poradni jest zbadanie psychotechniczne kandytata i na zasadzie wyniku badania wskazanie mu najodpowiedniejszego zajęcia a nawet udzielenie pomocy w wyszukaniu pracy. W tym też celu poradnie prowadzą ewidencję popytu i podaży na rynku pracy. Personel poradni to psychologowie, obeznani z najnowszymi metodami badań psychotechnicznych, którzy przez odwiedzanie warsztatów pracy zaznajamiają się z jej warunkami i wymaganiami, jakie pracodawca stawia pracownikowi. Krajowa Sekcja dla Nieletnich, która prowadzi poradnie, współpracuje z Zakładem Psychologicznym Uniwersytetu Massaryka w Brnie oraz z Zakładem Pedologicznym Towarzystwa dla Badań Dziecka w Brnie. Sekcja młodzieżowa przy poradniach wyboru pracy prowadzi akcję pomocy i dokształcania. Istnieje na Morawach pięć przytułków dla młodzieży bezrobotnej, subwencjonowanych przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Sekcja dokształca młodzież przez szkoły i kursy, świetlice, koła oświatowe, sportowe i polityczne. Utrzymuje kontakt z organizacjami, które bezpośrednio lub pośrednio zajmują się młodzieżą, jak: Ymka, Czerwony Krzyż, skauting i inne organizacje sportowe i zawodowe.

Środki finansowe uzyskują poradnie i sekcje młodzieży z Ministerstwa Opieki Społecznej, Krajowej Rady Przemysłowej i Izb Handlowych i Przemysłowych.

Poradnie dla matek i dzieci, kombinowana opieka rodzinna, opieka nad dorastającą młodzieżą — mają charakter opieki prewencyjnej. W chwili kiedy zaistniały u dziecka zgubne skutki nieodpowiedniego doboru rodziców (eugenicznego), złego wychowania czy też wpływu złego śrogowiska, słowem — gdy ma się do czynienia z dzieckiem-kaleką, psychicznie lub moralnie nienormalnym, przybiera ta opieka charakter specjalny.

Dla młodzieży nienormalnej C. Z. P. M. utrzymuje przy lekarskim fakultecie Uniwersytetu Massaryka w Brnie poradnię, która ma następujące działy: 1) dla dzieci głuchych, 2) niemych, 3) niewidomych, 4) z wadami wzroku, 5) dla dzieci psychicznie nienormalnych, 6) dzieci amoralnych; prócz tego posiada oddział badań pedopsychologicznych i socjologicznych. Poradnia prowadzi spis dzieci anormalnych przy współudziale władz szkolnych i nauczycielstwa. Wynik badania w poradni jest punktem wyjścia do umieszczenia dziecka w odpowiednim zakładzie. Na całym terenie Moraw istnieje gęsta sieć zakładów leczniczych, leczniczo-wychowawczych i wychowawczych. Celem tych wszystkich zakładów jest usuwanie u dzieci wad istniejących, a jeśli to niemożliwe — przygotowanie ich przez odpowiednie wychowanie do życia w normalnym społeczeństwie z korzyścią dla tego społeczeństwa. Tak więc w zakładzie dla młodzieży psychicznie anormalnej w Kelczu uczy się wychowanka drogą cierpliwych i stałych, umiejętnie udzielanych wskazówek: koszykarstwa, szewstwa, ogrodnictwa, pracy na roli itp., poczem umieszcza się go pod opieką odpowiedniej rodziny. Kierownicy zakładów dla młodzieży anormalnej są stałymi referentami poradni w Brnie, tworząc zgromadzenie doradców specjalnych. Istnieje tendecja, aby wychowanie dzieci anormalnych uczynić jak najbardziej zbliżone do wychowania normalnych. Tworzy się dla nich szkoły, które prowadzą nauczyciele szkół ludowych po przejściu dwuletniego kursu psychologiczno-psychiatrycznego, prowadzonego przez Ministerstwo Opieki Społecznej. W Brnie istnieje zakład dla dzieci psychopatycznych i szkoła o normalnym planie nauczania, w której uczą nauczyciele obeznani z metodami psychiatrycznymi.

W tym miejscu wypada wspomnieć o Massarykowych Domach dla dzieci chorych lub z innych względów potrzebujących opieki. Są to cuda techniki ze szkła i metalu, których celowość mimo wszystko wydaje się nam bardzo wątpliwą. W chwili, kiedy duża ilość dzieci nie znalazła jeszcze dostatecznej opieki, podobne urządzenia są nieusprawiedliwionym luksusem, którego wartości nie odczują znajdujące się tam matołki. Należy pamiętać, że roczny deficyt Massarykowych Domów w Pradze, który pokrywa miasto i rząd, sięga zawrotnej sumy pół miliarda koron!

Pogląd na stan opieki nad młodzieżą nie byłby zupełny, gdyby się nie wspomniało, choć w ogólnym zarysie, o sprawie karnego sądownictwa nad młodzieżą, tym więcej że sprawy te na

terenie ČSR ściśle się ze sobą łączą. Karol Popek[1]) utrzymuje, że jedną z przyczyn niewprowadzania przez czas dłuższy prawa karnego dla młodzieży, przygotowanego już w r. 1922, była niedostatecznie rozbudowana opieka nad młodzieżą nienormalną i zagrożoną oraz niedostatek odpowiednich urządzeń. Zależność ta pogłębia się, jeżeli się zważy, że prawo to odsuwa od nieletnich do lat 14 postępowanie sądowe i karę więzienia. a miast tego wysuwa sądy opiekuńcze i urządzenia poprawczo-wychowawcze. Także i w sądownictwie karnym dla młodzieży w wieku od 14 do 18 lat zwraca się specjalną uwagę nie na czyn, lecz na osobowość przestępcy. Sprawozdania o środowisku, rodzinie i dotychczasowym sprawowaniu się przestępcy dają, obok szkoły, pracownicy Okręgowej Opieki nad Młodzieżą. Gdy się przegląda prawo o karnym sądownictwie dla młodzieży z dnia 11 marca 1931 nr 48, zwraca uwagę głęboka troska czeskich ustawodawców o to, aby w karaniu młodocianego przestępcy uwzględnić przede wszystkim możność poprawy winowajcy, a nie czyn, który sprawca popełnił. Sędzia młodzieży może zupełnie uwolnić od kary nieletniego, jeżeli uważa, że takie rozstrzygnięcie jest wskazane ze względu na cel wychowawczy. Aby nie wstrząsać psychiką nieletniego, postępowanie sądowe jest bardzo uproszczone: nie ma aktu oskarżenia, dostęp publiczności ograniczony, a w prasie nie wolno umieszczać sprawozdań z procesów młodzieży.

Jeżeli sędzia uzna, że kara więzienia będzie dla nieletniego wskazana, ma do dyspozycji albo osobne więzienie dla nieletnich albo specjalne oddziały przy więzieniach dla dorosłych. W ten sposób unika się demoralizującego wpływu dorosłych przestępców. Nadzór nad wykonaniem kary w zakładach poprawczych i w więzieniach dla młodzieży ma na mocy § 16 rada nadzorcza, w której skład wchodzi członek rady miejskiej i dwaj ławnicy, obznajomieni ze społeczną opieką nad młodzieżą; na czele rady stoi komisarz, którym może być tylko sędzia. Rada ta posiada bardzo duże kompetencje w zakresie stosowania kar (§ 18) i orzekania o warunkowym zwalnianiu (§ 19), wyłączając więźniów wywierających zgubny wpływ na otoczenie (§ 20 ust. 2), opiekuje się wypuszczonymi i ostatecznie orzeka o środkach zapobiegawczych w stosunku do przestępców po odbyciu przez nich kary.

---

[1]) Karol Popek. „Československý zákon o trestním soudnictwi nad mládeží a hlediska kriminálně-biologická". (Czasopismo lekarzy czeskich nr 46—47, r. 1933).

Możliwości w zakresie prawa o karnym sądownictwie dla młodzieży nie zawsze są wyzyskiwane. Przyczyna tego leży w niedocenianiu jego ważności przez sędziów a także i w tym, że ocena osobowości nieletniego przestępcy ze stanowiska psychiatrycznego jest rzeczą niezmiernie subtelną i nie może być dokonana przez lekarza sądowego — jak to się zazwyczaj dzieje.

Karol Popek[1]) pisze, że w zakładach karnych (w domach poprawczych i w osobnych oddziałach dla młodzieży przy sądach obwodowych) oraz w zakładach wychowania ochronnego nie wymaga się od zakładowego lekarza obowiązkowego psychiatrycznego (kryminalno-biologicznego) wykształcenia. Znaczny wpływ na ocenę przestępczych wykroczeń młodzieży, jaki przysługuje prawnie pedagogom i socjologom, prowadzi ich niekiedy (w dobrej wierze) do zgoła fałszywych ocen symptomatów psychopatologicznych, a w ten sposób także i ku poważnym omyłkom. Ze względu na ważność kryminalno-biologicznego badania dla praktyki wykonywań karnego prawa dla nieletnich i dla kryminalnej biologii, jako wiedzy, zalecałoby się powierzyć studium nad osobowością nieletnich i młodocianych przestępców osobnej komisji, w której byłoby uwzględnione zarówno stanowisko biologiczne (przez psychiatrę młodzieży o przygotowaniu kryminalno-biologicznym oraz psychologa), jak i socjologiczne i wychowawcze (przez pedagoga zorientowanego w socjologii). Celem komisji byłoby wypracowanie we wstępnym badaniu danych o osobowości, środowisku i wychowaniu przestępcy, ażeby na tej podstawie sędzia mógł realizować zasady danego prawa. Do dalszych celów komisji należałyby jeszcze pedagogiczne rady, dawane szkole, rodzinie, opiekunom i wychowawcom oraz samym młodocianym przestępcom, a wreszcie ścisła współpraca z wykonawcami nadzoru ochronnego. Niezbędną też jest rzeczą postarać się o obecność w domach poprawczych i wychowawczych dla młodzieży kryminalno-biologicznie wykształconego lekarza, który badaniami swoimi mógłby dopełniać a doświadczeniem wzbogacać ocenę komisji przy sądzie i na tej podstawie wspólnie z pedagogiem różniczkować młodocianych pod względom zdatności do wychowania; mógłby on także współrozstrzygać w radzie nadzorczej o opiece nad zwolnionymi oraz o dalszych zarządzeniach wychowawczych. Musiałby on być również stróżem zasad higieny psychicznej i psychoterapeutą. Dla umożliwienia także teoretycznego studium biologii kryminalnej,

[1]) Loc. cyt.

polecałoby się urządzenie centralnych stacji przy klinikach psychiatrycznych celem badania i naukowego opracowywania orzeczeń komisji przy sądzie dla młodzieży oraz orzeczeń organów wykonania kary, jak również prowadzenia kartoteki niedowartościowych indiwiduów i wychowania praktycznego lekarzy, prawników, psychologów i pedagogów. Odpowiednią akcję w tym kierunku możnaby zapoczątkować już dzisiaj przez przystosowanie poradni dla młodzieży anormalnej do badań młodocianych przestępców przy sądzie dla młodzieży. Takie poradnie istnieją już w niektórych miastach i współpracuje w nich psychiatra młodzieży z psychologiem i pedagogiem. Metoda ta jest zgodna z metodą kryminalno-biologiczną.

WOJEW. SANATORIUM DLA NERWOWO CHORYCH W KOŚCIANIE DYR. DR. OSKAR BIELAWSKI.

LUDWIK BAMBAUER.

WSPÓŁCZESNY STAN OPIEKI NAD ALKOHOLIKAMI W SZWAJCARII.

Spomiędzy wszystkich państw Europy Szwajcaria[1]) jest bezsprzecznie tym krajem, gdzie walka z alkoholizmem, posiadając za sobą dziś już wieloletnią tradycję i również wieloletnie naukowe doświadczenie, stała się we wszystkich szczegółach najbardziej przemyślaną i wolną od naukowego radykalizmu, którym tak grzeszą np. dzisiejsze Niemcy.

Z tych to względów wydawałoby się wskazanym podać możliwie wyczerpująco, uwzględniając specjalnie stronę techniczną zagadnienia, współczesny stan opieki nad alkoholikami w Szwajcarii. Walka z klęską społeczną tej miary co alkoholizm jest kwestią palącą dla wszystkich narodów cywilizowanych, lecz nie we wszystkich krajach podjęto walkę z alkoholizmem tak wcześnie i przeprowadzono z taką konsekwencją, jak to widzimy w Szwajcarii.

W referacie niniejszym nie będzie omawiane zagadnienie alkoholizmu jako takie, albowiem groza tej społecznej plagi jest dziś już dostatecznie naukowo naświetlona. Postaram się natomiast w sposób krótki, zwięźle podać szereg faktów oraz wskazówek technicznych, obrazujących obecny stan walki z alkoholizmem w Szwajcarii. Jak zobaczymy, zużytkowanie ich na polskim gruncie nie nastręczy większych trudności.

---

[1]) Referat opracowany został na podstawie materiału zebranego w roku bieżącym przez dyr. dra Oskara Bielawskiego w czasie podróży naukowej po Europie.

Ruch przeciwalkohowy w Szwajcarii datuje się mniej więcej od roku 1880, w którym to czasie Zuryskie Towarzystwo Opieki nad Psychicznie Chorymi podjęło pracę nad tworzeniem społecznych urządzeń nastawionych na szeroko zakrojoną opiekę nad alkoholikami i ich rodzinami. Z tego towarzystwa wyłonił się ścisły komitet, któremu powierzono zadanie organizowania opieki nad alkoholikami. Dotąd uważano alkoholika za niepoprawnego recydywistę, a jedyny racjonalny sposób przeciwdziałania — karę. Dopiero przeświadczenie, że alkoholik jest osobnikiem chorym, wymagającym leczenia jak każdy inny chory, skierowało walkę z alkoholizmem na nowe zupełnie tory. Już w roku 1892 założył „Błękitny Krzyż" pierwszą swoją placówkę w Szwajcarii, pod nazwą „Fürsorgestelle für Alkoholkranke" — dosłownie: ośrodek opieki nad chorymi na alkoholizm. W tym też czasie powstały pierwsze lecznice dla alkoholików. W latach późniejszych utworzono cały szereg takich ośrodków, a obecnie liczy ich Szwajcaria około 80. Kierownicy ośrodków opieki nad alkoholikami zrzeszeni są w Związku Szwajcarskich Opiekunów nad Alkoholikami majacym swą siedzibę w Bernie. gdzie co roku odbywa się zjazd wszystkich zrzeszonych opiekunów.

Leczenie alkoholizmu środkami farmakologicznymi zawiodło zupełnie; inne metody lecznicze, jak psychoterapia, sugestia i hipnoza też nie przyniosły spodziewanych rezultatów. Ze wszystkich stosowanych tutaj środków najskuteczniejszym okazała się dopiero bezwzględna abstynencja. Zupełna wstrzemięźliwość od napojów alkoholowych nie jest już w dobie obecnej żadnym niedoścignionym ideałem; człowiek na odpowiedzialnym stanowisku nie potrzebuje dziś tłumaczyć, dlaczego jest abstynentem, — powinien raczej uzasadnić, dlaczego nim nie jest. Niełatwo jest zostać abstynentem o własnych siłach, z własnej woli; łatwiej jest to osiągnąć, gdy się należy do jakiegoś towarzystwa abstynenckiego. Jest to najprostsza forma opieki nad alkoholikami. Liczba tych towarzystw w Szwajcarii jest ogromna; obejmują one prawie wszystkie warstwy społeczeństwa. Najstarszą tego rodzaju organizacją jest Błękitny Krzyż, który obejmuje więcej niż połowę wszystkich abstynentów. Dalej idą towarzystwa o charakterze religijnym, zrzeszenia duchownych, abstynentów lekarzy, nauczycieli, kolejarzy, pocztowców, podróżujących, rolników, sportowców, turystów, muzyków ii. Celem tych towarzystw jest wzajemne wzmac-

nianie ducha abstynenckiego, propagowanie idei abstynenckiej w słowie i czynie oraz ścisłe współdziałanie z ośrodkami i lecznicami dla alkoholików. Przynależność do towarzystwa jest dobrowolna, Przystępujący składa pisemne przyrzeczenie bezwzględnej abstynencji przynajmniej w ciągu jednego roku, zobowiązując się przyrzeczenie to odnowić natychmiast po jego upływie. Kto łamie przyrzeczenie, przestaje być członkiem towarzystwa; może być jednak ponownie przyjęty, ale dopiero po 3-miesięcznym okresie wyczekiwania.

Jeżeli opieka towarzystwa abstynenckiego okazuje się niewystarczającą, natenczas zgłasza się danego osobnika do ośrodka opieki nad alkoholikami. Na czele ośrodków przeważnie stoją nielekarze, na czele Związku Opiekunów natomiast — wybitni lekarze, prawnicy, pedagodzy i inni ludzie nauki. Ośrodki utrzymywane są przez miasta, instytucje dobroczynne oraz Towarzystwo Opieki nad Alkoholikami. Nadto dysponują one subwencjami uddzielanymi przez towarzystwa ubezpieczeniowe, korporacje kościelne, towarzystwa abstynenckie, osoby prywatne, przemysł oraz przez państwo, które przeznacza z reguły na ten cel 10% czystego zysku z monopolu spirytusowego.

Pierwszym zadaniem ośrodków opieki jest wyszukiwanie i rejestrowanie wszystkich osobników zdradzających skłonności do nałogowego używania napojów alkoholowych, a następnie — zależnie od stopnia posunięcia się ich w nałogu — roztozcenie nad nimi należytej opieki. Z tego wynika, że ośrodek taki jest rodzajem punktu zbornego dla wszystkich alkoholików bez względu na ich wyznanie czy zabarwienie polityczne lub przynależność partyjną. Chodzi tu przede wszystkim o przyciąganie tych nałogowców, z którymi towarzystwa abstynenckie z tych czy innych względów nie mogą sobie poradzić. Przypadki więc, które ośrodek otacza swą opieką, są z natury rzeczy cięższe od tych, w których zainteresowani sami dobrowolnie znajdują się w towarzystwach abstynenckich.

Tryb załatwienia spraw przez ośrodek przedstawia się jak następuje:

O każdym wypadku pijaństwa donosi do ośrodka rodzina, otoczenie lub policja. Dla każdego alkoholika prowadzi ośrodek osobne akta oparte na kwestionariuszu jak niżej:

Nr . . .

ZURYSKI OŚRODEK OPIEKI NAD ALKOHOLIKAMI.

Przyjęty dnia . . . . . 19 . .

Skierowany przez: . . . .

Dalszych informacji udzielić mogą: . . . .

Opiekun, domicyl wsparcia, władza nadzorcza: . .

Kwestionariusz.

1) Imię i nazwisko: . . . .
2) Miejsce zamieszkania: . . . .
Dawniejsze mieszkania: . . . .
3) Gmina macierzysta: . . . .
4) Data urodzenia: . . . . . 5) Wyznanie: . . . .
6) Stan rodziny (kawaler, od kiedy żonaty, wdowiec, w separacji, rozwiedziony): . . . .
7) Stosunki zawodowe (dawniej, obecnie): . . . .
8) Stosunki rodzinne (małżonka, dzieci własne i przybrane, rodzice, rodzeństwo; ich wiek, miejsce zamieszkania i zawód, miejsce pracy i czas pracy): . . . .
9) Stosunki zarobkowe i materialne (ile z zarobku oddaje w domu?): . . .
10) Kiedy Związek Ubogich już wspierał? . . . .
11) Czy był już ostrzeżony przez Władzę Opiekuńczą, Związek Ubogich, sędziego lub policję? (Kiedy? Pod nadzorem, opieką, ubezwłasnowolniony? Od kiedy?): . . . .
12. Czy był karany? (Kiedy, jaką karą?): . . . .
13. Rodzaj pijaństwa i objawy towarzyszące (urojenia: odnoszące, niewiary, intoksykacyjne, prześladowcze, wielkościowe, agresywność i inne wybryki).
14) Konstytucja (charakter, psychika, zdolności intelektualne; stan i ocena własnej sytuacji w stanie trzeźwym; pożycie małżeńskie, traktowanie dzieci, prowadzenie moralne . . . .
15) Przyczyny pijaństwa i anamneza rodzinna (wychowanie i otoczenie, warunki zawodowe i mieszkaniowe, służba wojskowa, ciężkie przeżycia, nieszczęśliwe wypadki, dziedziczne obarczenie, choroby wśród krewnych): . . .
16) Które napoje przeważnie używa? . . O którym czasie? . . . . . .
17) Do jakich uczęszcza restauracyj? (sprzedaż detaliczna?) . . . .
18) Czy ma zamiar przystąpić do towarzystwa abstynenckiego? . . . . .
Czy był już kiedyś członkiem? Kiedy i gdzie? . . . .
19) Czy leczył się już kiedyś w lecznicy dla alkoholików, w zakładzie psychiatrycznym, poprawczym, detencyjnym lub innym? . . . .
Gdzie, kiedy i jak długo? . . . .
20) Inne choroby? Dawniejsze nieszczęliwe wypadki? Który lekarz leczył? . . .
21) W której Kasie Chorych, Ubezpieczalni lub organizacji zawodowej był ubezpieczony? . . . .
22) Różne: . . . .

Kliniki psychiatryczne mają również obowiązek donosić o wypadkach stwierdzonego pijaństwa. Doniesienie następuje drogą korespondencji, telefonicznie lub ustnie w bezpłatnych godzinach przyjęć ośrodka. Bezpośrednio po zgłoszeniu danego osobnika biuro wysyła do niego pisemne zaproszenie, aby przybył do ośrodka. Około 50% wszystkich zaproszonych przybywa na to wezwanie. Jeśli jednakże ktoś po otrzymania takiego zaproszenia nie przybędzie dobrowolnie, wtedy pielęgniarka ośrodka zbiera o nim wywiad w rodzinie wzgl. wśród jego otoczenia. Kiedy ośrodek przekona się, że doniesienie było słuszne i uzasadnione, udziela danemu alkoholikowi pisemnego ostrzeżenia. Nierzadko zdarza się, że tego rodzaju ostrzeżenie jest już wystarczającą przestrogą i zainteresowany poprawia się. Odtąd jednak pozostaje pod stałą kontrolą ośrodka. Jeśli jednak pije dalej, wtedy odwiedza się samego alkoholika w jego domu wzgl. przy jego warsztacie pracy, a nieraz nawet i w restauracji. Przy pierwszej takiej wizycie nigdy się nie grozi konsekwencjami zarządzeń administracyjnych; usiłowania ośrodka zaczynają się od prób sugestii i perswazji. Często tego rodzaju zabiegi odnoszą pewien skutek. Jeśli jednak to nie pomaga, wtedy według prawa (Ustawa z dnia 24 maja 1925 r. § 19) każdy lekarz może wystawić świadectwo uzasadniające umieszczenie danego osobnika w zakładzie psychiatrycznym. Lekarza zaprasza ośrodek, a koszty związane z badaniem ponosi kasa chorych wzgl. związek ubogich. Oddać do zakładu psychiatrycznego wolno każdego alkoholika, który jest niebezpieczny dla porządku publicznego (gemeingefährlich) albo dla samego siebie (selbstgefährlich). W zakładzie psychiatrycznym przebywa (tam skierowany) alkoholik z reguły przez 6 tygodni na t. zw. obserwacji. Po tym czasie może być zwolniony. Na tak wczesne zwolnienie pozwalają jedynie przypadki niezbyt daleko posuniętego alkoholizmu o słabym jeszcze nasileniu objawów zatrucia. Częściej jednak zachodzi konieczność skierowania osobnika do lecznicy dla alkoholików (Trinkerheilstätte). O zwolnieniu z zakładu wzgl. o przeniesieniu do lecznicy dla alkoholików natychmiast zawiadamia się ośrodek.

Wzajemna ta współpraca między ośrodkiem, lecznicą, zakładem psychiatrycznym a w końcu towarzystwami abstynenckimi jest może właśnie tym momentem, który się najbardziej przyczynia do sprawnego działania całego aparatu. W roku 1935 w samym zuryskim ośrodku zgłoszono 446 alkoholików, przy czym przez krewnych zgłoszono 104, przez znajomych, sąsiadów — 125,' szpitale i kli-

niki — 50, przez urzędy zdrowia, opiekuńcze itd. — 51, samozgłaszających się było 25; reszta przypada na inne instytucje, jak towarzystwa abstynenckie, policję, lekarzy, adwokatów, urzędy parafialne itp.; w tymże roku ośrodek ten załatwił 89 spraw opiekuńczych. O żywości współpracy z władzami i zakładami oraz sprawności funkcjonowaoia ośrodka świadczy fakt, że 250 razy wysyłano akta do Urzędu Zdrowia a 100 — do lekarzy oraz zakładów. Prócz tego ośrodek urządza t, zw, kursy wakacyjne dla żon alkoholików, zarejestrowanych w ośrodku, na których wygłoszono szereg poważnych referatów z dziedziny alkohologii. Kursy te cieszą się coraz większą frekwencją. Koszta prowadzenia tych kursów pokryte zostały przez towarzystwa abstynenckie oraz osoby prywatne. Poza tym wygłoszono cały szereg wykładów oraz wydrukowano mnóstwo artykułów w prasie, która akcję abstynencką nieraz ostro atakowała. Sekcja poradnictwa przedślubnego interweniowała skutecznie w 22 przypadkach i zdołała zapobiec zawarciu małżeństwa z pijakami.

Od początku istnienia ośrodka zuryskiego przeszło przez tę tak pożyteczną instytucję około 7.200 alkoholików; obecnie otacza on swoją opieką jeszcze około 3.000, w czym liczba nowoprzyjętych przekracza nieco liczbę zwolnionych.

Rola ośrodków nie kończy się jednak, jak wynika ze statystyki, na opiekowaniu się samymi alkoholikami — obchodzi je żywo również los zagrożonych rodzin. Ośrodek pełni rolę pośrednika między władzami z jednej a rodzinami alkoholików z drugiej strony; przychodzi im nawet z pomocą materialną i gdzie tylko trzeba służy dobrą radą. Przejmuje na siebie również przykry obowiązek chodzenia po urzędach, interweniowania u władz, gdy chodzi o wywołanie jakiejś ważnej decyzji, np. czy w sprawie ubezwłasnowolnienia alkoholika, czy obłożenia aresztem części jego zarobku dla zapewnienia rodzinie minimum egzystencji.

Cała akcja przeciwalkoholowa w Szwajcarii nie dałaby nigdy tak dodatnich wyników, gdyby nie głębokie zrozumienie rzeczy przez ustawodawcę, który doceniając doniosłość znaczenia walki z alkoholizmem potrafił objąć całokształt spraw z nią związanych w ramach ustawy z dnia 24 maja 1925 r. Paragrafy 11. do 13. ustawy, którą w całej rozciągłości podajemy tu, omawiają szczegółowo, kogo należy uważać za pijaka, i nakładają na władze obowiązek zaopiekowania się alkoholikiem.

USTAWA

O OPIECE NAD MAŁOLETNIMI, ZANIEDBANYMI ORAZ PIJAKAMI.

(Z dnia 24 maja 1925 r.).

Rozdział I.

Opieka nad małoletnimi w wieku od 12. do 19. roku życia.

§ 1. Małoletni od 12. do 19. roku życia, którzy są moralnie zepsuci wzgl. moralnie zagrożeni, oraz tacy, którzy stawiają rodzicom wzgl. opiekunom złośliwy i nieugięty opór, mogą być przymusowo oddani pod opiekę obcej rodziny wzgl. zakładu.

§ 2. Celem tej opieki jest wychowanie moralne i urobienie charakteru wychowanka, przygotowanie go do zawodu oraz danie mu wiadomości koniecznych do późniejszego pożytecznego życia.

§ 3. Opiekowanie się małoletnimi winno odbywać się w rodzinach. Jeśli jednakże charakter danego dziecka jest tego rodzaju, że uniemożliwia wychowanie w rodzinie wzgl. jeśli odpowiedniej rodziny znaleźć nie można, wtedy następuje przekazanie go do zakładu wychowawczego. Jeśli w tym zakładzie nie osiągnie się właściwego celu, następuje przekazanie do zakładu wychowawczego przymusowego.

§ 4. Pobyt w zakładzie trwa zazwyczaj 3 lata; czas trwania opieki określa władza skierowująca do zakładu. O ile umieszczenie nastąpiło przez władzę administracyjną, może ona po wysłuchaniu opinii komisji nadzorującej zakładu w wypadkach, kiedy cel wychowawczy, a w szczególności ukończenie nauki zawodowej tego wymagają, przedłużyć czas trwania opieki, ale najwyżej o 2 lata. O ile umieszczenie nastąpiło przez sąd, wtedy on decyduje o przedłużeniu pobytu według przepisów kodeksu karnego (§ 387). Po upływie czasokresu, wyznaczonego przez sąd, władze administracyjne mogą zarządzić przedłużenie czasu pobytu wychowanka w zakładzie o dalszy 1 rok, o ile tego wymagają cele wychowawcze.

Rozdział II.

Opieka nad osobami w wieku od lat 18 wzwyż.

A. Zaniedbani zdolni do wychowywania.

§ 5. Osoby w wieku od lat 18 do 30, zdradzające skłonności do występków, oraz osoby nieporządne i leniwe, lecz rokujące nadzieje przyzwyczajenia ich do systematycznej pracy, należy umieszczać w zakładzie przymusowej pracy.

§ 6. Umieszczanie w zakładzie przymusowej pracy ma za cel przyzwyczajenie wychowanka do życia uporządkowanego i aktywnego przez pracę, odpowiadającą jego zdolnościom, która mu da możność zarobkowania na swoje utrzymanie. Kształcenie duchowe i fizyczne, a przede wszystkim zawodowe, uzupełniają odpowiednie wykłady.

§ 7. Umieszczenie następuje zazwyczaj na okres 2—3 lat. Recydywista może być ponownie umieszczony na okres do lat 5,

B. Zaniedbani niepoprawni.

§ 8. Osoby od 18. roku życia, jeśli zdradzają skłonność do występków (§ 392 kod. kar.), nieporządku oraz wstręt do pracy, umieszczenie których w domu przymusowej pracy okazało się bezskutecznym lub z góry nie rokującym żadnej poprawy, umieszcza się w zakładzie detencyjnym.

§ 9. Celem umieszczenia w zakładzie detencyjnym osób niebezpiecznych i niepoprawnych jest ochrona społeczeństwa przed nimi oraz zmuszanie internowanych do zarabiania na pokrycie kosztów utrzymania przez pożyteczną pracę.

§ 10. Umieszczenie w zakładzie detencyjnym następuje na przeciąg 2—5 lat. Po upływie tego okresu Dyrekcja Rady Regencyjnej po wysłuchaniu opinii władzy kierującej do zakładu decyduje, czy internowany może być zwolniony na okres próbny 1—3 lat czy też bezwarunkowo na dalszy okres 2—5 lat ma być zatrzymany.

C. Pijacy.

§ 11. Osoby, które na skutek nałogowego upijania się stają się niebezpieczne dla siebie albo dla otoczenia, zaniedbują trwale swe obowiązki rodzinne lub wywołują publiczne zgorszenie — należy, o ile jeszcze rokują poprawę, umieścić w lecznicy dla alkoholików. Pijaków niepoprawnych umieszcza się w zakładzie psychiatrycznym.

§ 12. Celem umieszczenia pijaka w lecznicy dla alkoholików jest reedukacja do trzeźwego i uporządkowanego trybu życia.

§ 13. Umieszczenie w lecznicy dla alkoholików następuje na okres 1—2 lat.

Rozdział III.

Postanowienia ogólne.

A. Skierowywanie do zakładów i zwalnianie.

§ 14. Skierowywanie do zakładów następuje:

a) przez sędziego — na podstawie przepisów kodeksu i postępowania karnego;

b) przez władzę opiekuńczą w wypadkach konieczności zastosowania art. 284, 406 i 241 cyfra 13 szwajcarskiego kodeksu cywilnego;

c) na podstawie orzeczenia rady okręgowej, na wniosek władzy opiekuńczej lub Związku Ubogich, jako też na wniosek zainteresowanego lub jego rodziny.

§ 15. W zakładach przewidzianych niniejszą ustawą umieszczać nie wolno:

a) niewidomych, głuchoniemych i umysłowo chorych, ponieważ przez ich umieszczanie których cel zakładu byłby chybiony;

b) osób dotkniętych chorobami zakaźnymi i budzącymi obrzydzenie na czas trwania tych chorób;

c) osób, wymagających stałej opieki lekarskiej;

d) osób trwale niezdolnych do pracy z powodu zniedołężnienia psychicznego lub cielesnego.

§ 16. Władzom administracyjnym nie wolno kierować do zakładów nikogo bez uprzedniego wysłuchania go.

§ 17. Obowiązkiem władz opiekuńczych i związków ubogich jest udzielanie ostrzeżeń oraz zalecanie poprawy tym osobom dorosłym, którym grozi poraz pierwszy umieszczenie w zakładzie. O ile ostrzeżenia te nie odnoszą skutku, umieszczenie nastąpić może natychmiast. Gdy ostrzeżeni zachowują się w ciągu 1 roku nienagannie, natenczas na wypadek powtórzenia się wykroczenia należy ich ostrzec ponownie, zanim nastąpi umieszczenie.

W wypadkach nagłych od ostrzeżenia można odstąpić. Pijak nawet raz ostrzeżony może się zgłosić dobrowolnie do lecznicy dla alkoholików; stosuje się wtedy wobec niego również § 32. ustęp 2.

§ 18. Umieszczenie małoletnich musi być poprzedzone dokładnym badaniem lekarskim i pedagogicznym, — jeśli potrzeba — w specjalnym zakładzie obserwacyjnym.

§ 19. Przed umieszczeniem pijaka w lecznicy dla alkoholików należy z reguły zasięgać opinii znawcy, który m. in. powinien również wypowiedzieć się co do możliwości ewentualnego wyleczenia go.

§ 20. Kierująca do zakładu władza administracyjna może zawiesić wykonanie umieszczenia i wyznaczyć skierowanemu do zakładu okres próbny na przeciąg 1—5 lat. W tym okresie władza może udzielić mu wskazówek co do zachowania się oraz zarządzić nad mim stały dozór. O ile mimo to do udzielonych mu wskazówek nie stosuje się i stale z pod zarządzonego nad nim dozoru wymyka się, natenczas dokonuje się umieszczenia. Jeśli jednak w okresie próbnym sprawował się dobrze, to dekret zarządzający umieszczenie upada. Umieszczenie warunkowe przez sędziego podlega przepisom postępowania karnego dotyczącym zasądzenia warunkowego.

§ 21. Władza kierująca do zakładu może po wysłuchaniu opinii komisji nadzorczej zakładu przenieść umieszczonego do zakładu innego, o ile uważa to za celowe. Małoletni wyjątkowo mogą być umieszczani również w zakładach przymusowej pracy.

Przeniesienie do innego zakładu nastąpić może tylko po uprzednim wysłuchaniu zainteresowanego.

§ 22. Zwolnionym z zakładów władze opiekuńcze, związki ubogich lub czynniki nadzorcze pomagają po porozumieniu się z kierownikiem zakładu w miarę możności w uzyskaniu odpowiedniego miejsca pracy.

Władzy kierującej do zakładu przysługuje prawo stawiania zwolnionych na okres 2-letni pod dozór kierownictwa zakładu lub specjalnych organów nadzorczych.

§ 23. Małoletni, umieszczeni w zakładach przez władzę administracyjną, przy wzorowym prowadzeniu się mogą na skutek orzeczenia komisji nadzorczej być przeniesieni przez władzę kierującą do zakładu na resztę czasu trwania nad nimi opieki na próbę do opieki familijnej lub oddani gdzieś na naukę lub posadę, po uprzednim udzieleniu im wskazówek co do zachowania się.

Jeśli zwolniony nie spełnia postawionych mu warunków, może być przez władzę, która go do zakładu kierowała, przeniesiony z powrotem do zakładu. Dla zwolnienia warunkowego umieszczonych w zakładzie przez sąd miarodajne są przepisy postępowania karnego.

§ 24. Dorośli najwcześniej po roku mogą być na próbę przedwcześnie zwolnieni (po uprzednim udzieleniu im wskazówek co do zachowania się), o ile wykazują poprawę i okazali zdolność i chęć do pracy.

Umieszczonych w lecznicy dla alkoholików można warunkowo zwolnić już po upływie pół roku, o ile wydają się być wyleczonymi.

O ile zwolniony nie wypełnia stawionych mu warunków, zostaje przez władzę, która go w zakładzie umieściła, cofnięty z powrotem do zakładu. Z ponownym umieszczeniem może być połączone niekiedy przedłużenie okresu umieszczenia lub przeniesienie do innego zakładu.

§ 25. Wszyscy warunkowo zwolnieni muszą przez cały czas trwania nad nimi opieki być pod nadzorem kierownictwa zakładu lub specjalnych organów nadzorczych.

§ 26. Przeciw wszystkim zarządzeniom i uchwałom władz administracyjnych, kierujących do zakładów, przysługuje zainteresowanym prawo rekursu do władz nadzorczych w ciągu 10 dni.

Rekurs powstrzymuje wykonanie, o ile z powodów specjalnych nie wydano innego zarządzenia w sprawie zaczepionej decyzji.

B. Tworzenie zakładów i udział w ponoszeniu kosztów.

§ 27. Państwo zakłada i utrzymuje w miarę potrzeby zakłady przewidziane niniejszą ustawą.

Państwo może tworzyć lub utrzymywać tego rodzaju zakłady wspólnie z innymi publicznymi instytucjami.

Rada Regencyjna może zakładom publicznym i prywatnym udzielać subwencyj lub na mocy umów zabezpieczać państwu prawo udziału w tego rodzaju zakładach.

§ 28. Gdzie państwowego zakładu brak lub zakłady już istniejące okazują się niewystarczającymi dla pomieszczenia kierowanych do nich osób, może nastąpić przekazanie do innego zakładu publicznego lub prywatnego.

Zakłady publiczne i prywatne w kantonie zuryskim, które pragną przyjmować osoby do nich skierowywane, w myśl niniejszej ustawy muszą być uznane przez Radę Regencyjną. Uznanie nastąpi jedynie wtedy, kiedy zakłady, o których mowa, podporządkują się przepisom dotyczącym ich prowadzenia i kontrolowania.

§ 29. Umieszczanie w zakładach pozakantonalnych następować winno tylko wtedy, gdy zakłady te odpowiadają wymaganiom niniejszej ustawy dot. prowadzenia tego rodzaju zakładów.

C. Przepisy ogólne dla prowadzenia zakładów.

§ 30. We wszystkich zakładach dla małoletnich i dorosłych rozdziela się umieszczonych według płci. Podawanie napojów alkoholowych jest we wszystkich zakładach zakazane.

§ 31. Z tworzącymi się na nowo zakładami należy łączyć gospodarstwo rolne wzgl. ogrodnictwo. We wszystkich zakładach uprawiać należy takie rzemiosła, które są potrzebne do wyszkolenia osób w zakładzie umieszczonych oraz do utrzymania zakładu.

§ 32. Wysokość kosztów utrzymania w zakładach państwowych ustala Rada Regencyjna za pomocą regulaminów, w zakładach niepaństwowych — za pomocą umów zawieranych z kierownictwem tych zakładów. Koszta utrzymania ponosi osoba, która została w zakładzie umieszczona wzgl. jej krewni, do tego zobowiązani. W razie nieściągalności kosztów w wypadku umieszczenia

przez sąd ponosi je kasa sądowa, a w wypadku umieszczenia przez władzę administracyjną — związek ubogich gminy macierzystej.

W razie zaistnienia niemożności ściągnięcia kosztów od umieszczonego lub od jego do tego zobowiązanych krewnych, od strony trzeciej lub też w wypadku, gdy ani państwo, ani związek ubogich żadnej gminy zuryskiej nie podejmie się ich pokrycia, należy w myśl ustawy związkowej oraz umów państwowych umieszczonego odstawić do domu.

§ 33. Samowolne oddalenie się z zakładu może komisja nadzorcza zakładu ukarać przedłużeniem okresu internowania, co również pociągnąć może za sobą przeniesienie do innego zakładu. Czas przedłużenia okresu internowania określa regulamin zakładu. Przedłużenie nie może wynosić więcej niż 3 miesiące.

§ 34. Kto uwalnia umieszczonego w zakładzie wzgl. ułatwia mu ucieczkę, zostanie ukarany według przepisów kodeksu karnego dot. uwolnienia więźniów.

§ 35. Bliższe szczegóły dotyczące prowadzenia i administracji zakładów normują regulaminy zakładowe. Regulaminy te winny zawierać przepisy o prawach komisji nadzorczej, prawach i obowiązkach kierowników zakładów personelu nadzorczego i służbowego, o leczeniu internowanych, o dyscyplinie, podziale na klasy, wyróżnieniach i karach, kosztach utrzymania i udziału w zarobkach.

Poszczególne obowiązki i prawa komisji nadzorczej mogą być zlecone przez regulamin przewodniczącemu wydziału lub poszczególnym członkom-znawcom. Regulaminy zakładowe wymagają zatwierdzenia przez Radę Regencyjną.

D. Nadzór państwa.

§ 36. Dla prowadzenia nadzoru nad zakładami państwowymi wyznacza Rada Regencyjna jedną lub więcej komisji nadzorczych. O sposobie nadzorowania nad innymi uznanymi publicznymi i prywatnymi zakładami wyda Rada Regencyjna bliższe przepisy.

§ 37. Kierowników zakładów, nauczycieli, lekarzy oraz duchownych, którzy mają być zatrudnieni w zakładach państwowych, wybiera Rada Regencyjna. Dobór mistrzów rzemieślniczych oraz personelu nadzorczego należy do odnośnej dyrekcji Rady Regencyjnej, angażowanie personelu służbowego — do kierownictwa zakładu.

Rozdział IV.

Przepisy przejściowe.

§ 38. Ustawa niniejsza wchodzi w życie po zaakceptowaniu jej przez uprawnionych do głosowania w dniu następnym po urzędowym opublikowaniu uchwały rady kantonalnej.

§ 39. Wszystkie dawniejsze ustawy, zarządzenia i regulaminy stojące w sprzeczności z niniejszą ustawą zostają zniesione, szczególnie ustawa dotycząca tworzenia państwowych zakładów poprawczych z dnia 4 maja 1879 r., dalej rozporządzenie z dnia 21. 10. 1889 r. dotycz. oddawania małoletnich do zakładów poprawczych oraz rozporządzenie dotycz. nadzorowania prywatnych zakładów detencyjnych z dnia 21. 10. 1889 r.

Rada Kantonalna

po zapoznaniu się z raportem biura swego o wyniku plebiscytu z dnia 24. 5. 1925 r.:, z którego wynika:

liczba uprawnionych do głosowania	148.429
oddane głosy	111.366
głosy za przyjęciem	84.078
głosy przeciw przyjęciu	19.440
głosy nie ważne	100
próżne kartki	7.748

postanawia, że

projekt „Ustawy o opiece nad małoletnimi, zaniedbanymi i pijakami" uważa się za przyjęty przez naród.

Zurych, dnia 22 czerwca 1925 r.

W imieniu Rady Kantonalnej

Prezydent:

(—) B. Kaufmann

Sekretarz:

(—) A. Stamm.

Przyczyniają się do powodzenia całej akcji walki z alkoholizmem także liczne inne zarządzenia raczej regionalnej natury. W kantonie zuryskim np. wydała Rada Kantonalna na wniosek towarzystwa abstynenckiego zarządzenie zakazujące sprzedawania napojów alkoholowych przed godziną 9. rano. Ustalono t. zw. godzinę policyjną — nieprzekraczalnie na godzinę 24. Stale redukuje się liczbę miejsc sprzedaży detalicznej alkoholu i nie udziela się nowych koncesji. W razie stwierdzenia uchybienia ze strony restauratorów donosi się o tym policji, która — należy to podkreślić — w ostatnim czasie bardzie surowo karze winowajców.

W praktyce okazało się, że najskuteczniejszym sposobem leczenia alkoholizmu jest leczenie w specjalnej lecznicy. Takie bowiem leczenie gwarantuje sukcesy najbardziej stałe. Alkoholik bywa zwykle drażliwy, nieufny, stosunek jego do rodziny jest napięty, czyny bardzo często nieobliczalne. Słaba jego wola nie zdoła oprzeć się pokusom, a wszędzie znajdzie towarzystwo od kieliszka. Chciałby może być „innym człowiekiem", lecz nie potrafi — brnie w nałogu i unieszczęśliwia siebie i rodzinę. W lecznicy dla alkoholików znajdzie on należyte dla swego cierpienia zrozumienie oraz odpowiednie ustosunkowanie się otoczenia do jego stanu chorobowego. Nadto odpadają tu wszelkie wpływy zewnętrzne tego otoczenia, w którym nabył nałogu i choroby. W lecznicy dla alkoholików zaczerpnie nowej nadziei i wiary w lepsze jutro.

W całej Szwajcarii istnieje obecnie 7 kantonalnych lecznic dla alkoholików, z których najważniejsze są: Ellikon, Nüchtern, Sarnen, Effingerhort. Plan rozbudowy przewiduje na przyszłość jedną lecznicę na każdy kanton.

Najstarszą z istniejących dotąd lecznic szwajcarskich jest Ellikon, którą zbudowano w roku 1889. Obliczona była z początku na 20 łóżek, lecz później powiększona została o dalsze 20. Liczba 40 nie powinna być przekroczona, gdyż większa ilość uniemożliwiałaby poznanie dostateczne poszczególnych chorych, a tym samym utrudniała leczenie.

Przed przyjęciem do lecznicy wypełnia lekarz szczegółowo t. zw. lekarski formularz meldunkowy i wysyła go do kierownika lecznicy.

Wzór tego formularza jest następujący:

LEKARSKI FORMULARZ MELDUNKOWY DO PRZYJMOWANIA PACJENTÓW DO LECZNICY DLA ALKOHOLIKÓW ELLIKON N. THUR.

Imie i nazwisko chorego: . . . .

Data urodzenia: . . . . Miejsce zamieszkania: . . . . .

Wyznanie: . . . . Stan cywilny: . . . .

Zawód: . . . . Miejsce pochodzenia: . . . . .

Adres rodziny: . . . .

A. Etiologia.

1. Dziedziczne obarczenie. Należy specjalnie uwzględnić: Pijaństwo, choroby psychiczne. epilepsja, histeria, inne choroby nerwowe, anomalie charakteru, przestępstwa, samobójstwa itd. u:

a) ojca: . . . . e) rodzeństwa chorego . . . . .

b) matki: . . . . d) rodzeństwa, rodziców: . . . .

c) dziadków: . . . .

2. Stosunki osobiste:

Przebyte choroby cielesne, urazy, złamanie czaszki, wstrząs mózgu, operacje itd.

. . . .

Przebyte choroby nerwowe lub psychiczne, psychopatie, inne nałogi:

. . . .

3. Życie psychiczne chorego przed pijaństwem.

a) Konstytucja psychiczna, postępy w nauce, wykształcenie wyższe z wynikiem czy bez, współżycie z kolegami w szkole. . . . .

b) Rodzaj charakteru, nałogi, wola, apatia, specjalne skłonności, drażliwość, przecenianie samego siebie, rozrzutność. . . . .

c) Defekty moralne: np. brak miłości do rodziców, brak poczucia prawości, skłonność do kłamstwa, kradzieży, itd. . . . .

d) Religijność: podatny, obojętny, negujący, zabobonny. . . . .

4. Wpływ otoczenia na pijaństwo: zawód, towarzyskość, zły przykład, brak wychowania, alkohol z przepisu lekarza, bieda, nieszczęśliwe stosunki. . . . .

5. Chęć do pracy: . . . . Uzdolnienia: . . . .

6. Stosunki rodzinne i małżeńskie: uporządkowane. zaburzone, separacja. rozwód planowany, zagrożony, wdrożony, żona rozsądna, nieznośna, rozgoryczona . . . .

7. Życie seksualne: normalne, anormalne. impotencja, ekscesy, choroby weneryczne . . . .

8. Warunki materialne: dobre, średnie, złe, uporządkowane, nieuporząd. . . .

9. Godne uwagi zdarzenia przed skierowaniem do lecznicy: . . . .

B. Rodzaj i przebieg pijaństwa.

1. Od kiedy używa, od kiedy nadużywa napojów alkoholowych? . . . . .

2. Rodzaj spożywanych napojów. w jakiej ilości dziennie: wino, piwo, moszcz, wódka, likier. . . . .

3. Jak pił? (specjalne ekscesy, częste upijanie się, codzienne nadmierne używanie z upojeniem czy bez, periodyczne) . . . .
Rodzaj upojenia: (delirium, kurcze, sen, amnezja) . . . .

4. Rozpoznanie i specjalne powikłania: alkoholizm zwykły, chroniczny, dipsomania, delirium tremens (kiedy? . . . .), powikłania z innymi nałogami (morfinizm itp.) skłonność do samobójstwa, czynów gwałtownych i gróźb . . . .

5. Czy pijaństwo jest powikłane z zaburzeniami psychicznymi? . . . . . .
Czy chodzi o prostą, uleczalną psychozę, spowodowaną nadużywaniem alkoholu, lub o pijaństwo z powodu zaburzeń psychicznych i czy jest uleczalne? . . . .

6. Czy chory na skutek nałogu swego popadł w konflikt z kodeksem karnym? jak i kiedy? . . . .

7. Czy zdaje sobie sprawę z sytuacji swojej? . . . . Czy chce być leczonym? . . . .

8. Czy był leczony w lecznicy dla alkoholików, gdzie? kiedy? . . . . . .
Czy przebywał w zakładzie wychowawczym, poprawczym. przymusowej, pracy lub psychiatrycznym? kiedy? gdzie? . . . .
Czy był członkiem towarzystwa abstynenckiego? kiedy? . . . .
Przez co wrócił do nałogu? . . . .
Czy był urzędowo ostrzeżony? kiedy? . . . .
Czy ma kuratora? . . . .

9. Stan cielesny chorego: Trawienie, stan serca, wątroby, nerek płuc, skóry, otłuszczenie, wychudzenie, obrzęki. . . . .

10. Liczba dzieci żyjących . . . . . wiek? . . . .
Czy bywały choroby lub anomalie wśród dzieci? . . . .
(pijaństwo, karły, głuchoniemota, epilepsja, niedorozwój psychiczny, zaburzenia psychiczne gruźlica, inne choroby)? . . . .
U których dzieci? . . . . W jakim wieku? . . . .

Liczba zmarłych dzieci? . . . .
Na jakie choroby? . . . .

11. Czy wymaga specjalnej pielęgnacji lub dozoru? . . . .

Uwaga:

Badanie powinno odbyć się najdalej na dwa tygodnie przed zgłoszeniem do lecznicy. Uwzględnia się tylko te świadectwa, które zostały przesłane bezpośrednio przez lekarza do lecznicy.

Miejscowość i data Podpis lekarza:

. . . .

Przy przyjęciu do lecznicy podpisuje zgłaszający się deklarację następującej treści:

ZOBOWIĄZANIE.

Niżej podpisany zobowiązuje się pozostać w ciągu 1 roku w lecznicy Ellikon n. Thur oraz podporządkować się w tymże czasie dobrowolnie regulaminowi domowemu oraz wszelkim zarządzeniom kierownika względnie jego zastępcy.

Należy zabrać ze sobą książeczkę służbową bez odmeldowania.

. . . . dnia . . . . 19 . .

. . . .

podpis

Pobyt w lecznicy trwać musi bezwarunkowo przynajmniej 1 rok. Koszta utrzymania pokrywa w $^1/_3$ sam chory, w $^1/_3$ ubezpieczalnia i $^1/_3$ lecznica z własnych funduszów. Przy przyjęciu składa chory zobowiązanie do ponoszenia kosztów według załączonego wzoru.

LECZNICA ELLIKON N. THUR.

Wniosek o przyjęcie:

Uprasza się o przyjęcie niżej określonej osoby do lecznicy dla alkoholików Ellikon n. Thur.

Nazwisko: . . . . Rok urodzenia: . . . . . .
Imię: . . . . Dzień i miesiąc urodzenia: . .
Zawód: . . . . Wyznanie: . . . .
Miejsce urodzenia: . . . . . . Miejsce zamieszkania: . . .
Nazwisko rodziców: . . . . . . Stan cywilny: . . . . .
Dzieci (nieletnie): . . . . . . Dzieci (dorosłe): . . . .
Adres rodziny: . . . . . . Adres opiekuna: . . . . .

. . . . dnia . . . . 19 . .

Zobowiązanie do ponoszenia kosztów.

Niżej podpisan... zobowiązuje się ponosić koszty za utrzymanie oraz wydatki poboczne, związane z przyjęciem p. . . . .
Zwramy specjalną uwagę na § 1. ustęp 3. regulaminu.

. . . . dnia . . . 19 . .

. . . .
podpis.

Pobyt w lecznicy jest dobrowolny; nie stosuje się tu żadnego fizycznego przymusu, by nakłonić pacjenta do pozostawania w niej, przymusem natomiast moralnym jest ewent. utrata opłaconych za kwartał z góry kosztów i groźba oddania do zakładu psychiatrycznego. Lecznica ma charakter nawskroś rodzinny. Na czele stoi dyrektor — nielekarz. Prócz sekretarza i kucharza nie ma tam żadnych innych funkcjonariuszów. Wszystkie prace wykonują kuracjusze. Wychodzi się tu z założenia, że alkoholik jest zdolny do pracy. Lekarz przychodzi jedynie w wypadkach wyjątkowych, i to na specjalne wezwanie. Nadzór nad całokształtem funkcjonowania zakładu sprawuje komitet dyrekcyjny, którego prezydentem jest lekarz. Gospodarka lecznicy nie jest obliczona na zysk. Opłaty od kuracjuszów nie wystarczają na pokrycie wydatków, skutkiem czego istnienie i prosperowanie lecznicy uzależnione jest od subwencyj udzielanych przez radę kantonu i miasto oraz częściowo przez monopol spirytusowy.

W lecznicy panuje surowy rygor. Przestrzegane są wszelkie wymagania higieny. Duży nacisk kładzie się na rozrywki w postaci wycieczek, gier towarzyskich, przedstawień teatralnych, pielęgnowania muzyki i śpiewu. Często odbywają się wykłady z dziedziny alkohologii. Co wieczór odbywa się krótkie nabożeństwo. Przez pierwsze 3 miesiące pobytu wstrzymane są wszelkie odwiedziny chorych. Rok rocznie odbywa się w Ellikonie zjazd byłych kuracjuszy. Dzień ten bywa obchodzony specjalnie uroczyście. Urządza się z tej okazji pochody, odznacza się jubilatów wstrzemięźliwości dyplomami honorowymi.

Wszyscy byli kuracjusze stanowią jakby jedną wielką rodzinę. Ze sprawozdania kierownika lecznicy Ellikon za rok 1935 wynika, że w roku tym przyjęto osób 41, zwolniono 35, a stan przy końcu roku wynosił 39 osób. Według zawodów podział cho-

rych przedstawia się następująco: rzemieślników — 11, kupców — 5, rolników — 5, robotników pomocniczych — 4, robotników kolejowych — 3, domokrążnych — 2, restauratorów — 2, listonoszy — 1, kancelistów — 1, robotników miejskich — 1, woźniców — 1, kreślarzy — 1, przedstawicieli handlowych — 1, czyścicieli okien — 1, stróżów ulicznych — 1, robotników fabrycznych — 1.

Wiek nowoprzyjętych:

lat	20—30	4
„	31—40	21
„	41—50	7
„	51—60	9

Z tych — żonatych 29, rozwiedzionych — 2, owdowiałych — 2, kawalerów — 8.

Przy lecznicy Ellikon istnieje towarzystwo abstynenckie „Sobrietas", którego członkowie rektrutują się wyłącznie spomiędzy byłych kuracjuszy tej lecznicy.

Tow. „Sobrietas".

STATUT.

I. Postanowienia ogólne.

Art. 1.

Towarzystwo ma na celu:

a) zrzeszanie byłych kuracjuszy lecznicy Ellikon oraz utrzymywanie bliższej z nią łączności,

b) wzajemne wzmacnianie się w abstynencji,

c) propagowanie idei abstynenckiej w słowie i czynie,

d) nakłanianie alkoholików do poddania się leczeniu w lecznicy dla alkoholików.

Art. 2.

Towarzystwo jest instytucją apolityczną, względem wyznania neutralną.

Zebrania walne Towarzystwa jak również zebrania poszczególnych sekcyj prowadzone są w tym samym duchu, jaki panuje w lecznicy.

Art. 3.

Towarzystwo składa się z członków czynnych, biernych i honorowych.

Art. 4.

Towarzystwo podzielone jest na sekcje. Tworzenie sekcyj, jako też wyznaczanie im terenu działalności należy do Komitetu Centralnego.

Art. 5.

Zrzeszenie ogółu członków posiada najwyższy autorytet, któremu jako ostatniej instancji przysługuje ostateczna decyzja. Autorytet ten sprawuje roczne Walne Zebranie członków.

Art. 6.

Kierownictwo oraz administracja Towarzystwa podlegają Centralnemu Komitetowi, wybieranemu co 2 lata. W skład tego Komitetu wchodzić mogą również członkowie honorowi.

II. Członkostwo.

Art. 7.

1. Członkami czynnymi Towarzystwa mogą zostać jedynie byli kuracjusze lecznicy Ellikon, i to tylko o ile ściśle przestrzegają zasady abstynencji. Zaleca się przyjmowanie żon członków, które są abstynentkami wzgl. chcą niemi zostać, na członków biernych bez prawa głosowania i pod warunkami, które bliżej ustalają poszczególne sekcje. Postanowienia tego rodzaju wymagają zgody Komitetu Centralnego.

2. Każdy nowowstępujący składa przyrzeczenie przestrzegania zasad abstynenckich przynajmniej na przeciąg 1 roku i zobowiązuje się przyrzeczenie to odnowić natychmiast po jego wygaśnięciu.

3. Każdy alkoholik, który ma zamiar wstąpić do Towarzystwa, zobowiązuje się:

a) strzec interesów Towarzystwa na wewnątrz i zewnątrz,

b) uiszczać regularnie składki ustalone przez Towarzystwo.

Art. 8.

1. Kto łamie przyrzeczenie swoje, przestaje być członkiem, może być jednak przyjęty na nowo, jeśli przetrwa 3-miesięczny okres próbny.

2. Jeśli w wypadku choroby zaordynuje lekarz członkowi napoje alkoholowe, natenczas członek zobowiązany jest zwrócić lekarzowi uwagę, że ma do czynienia z abstynentem, który dawniej był alkoholikiem. Jeśli pomimo to lekarz uważa stosowanie alkoholu w tej czy innej postaci za konieczne (prawie zawsze jednak będzie dysponował innymi środkami zastępczymi), wówczas trzeba o fakcie tym zawiadomić prezesa sekcji.

3. O zamiarze wystąpienia z Towarzystwa należy donieść zarządowi sekcji, który natychmiast zawiadamia Komitet Centralny. Wystąpienie ze sekcji nie pociąga za sobą jeszcze wystąpienia z Towarzystwa.

III. Sekcje.

Art. 9.

1. Członkowie mieszkający w jednej dzielnicy kraju tworzą sekcje. Do utworzenia sekcji wymagana jest liczba przynajmniej 5 członków.

2. Sekcje uchwalają w miarę potrzeby własne statuty, które wymagają zatwierdzenia Komitetu Centralnego. W sprawach spornych decyduje Walne Zebranie.

3. Jeśli z powodu wewnętrznych tarć zagrożone jest dalsze istnienie danej sekcji, natenczas należy przedłożyć sprawę Komitetowi Centralnemu ewent. Walnemu Zebraniu.

4. Członkowie, którzy szkodzą opinii lub interesom Towarzystwa, mogą być wykluczeni; wymagana jest do tego większość 2/3 wszystkich głosów. Członkom wykluczonym z sekcji przysługuje prawo rekursu do Komitetu Centralnego.

5. Sekcje zbierają się przynajmniej 4 razy w roku po uprzednim porozumieniu się.

6. Każdy członek wpłaca do kasy centralnej roczną składkę, której wysokość ustala Walne Zebranie. Pieniądze nadpłacone książkuje się jako darowizny. Składkę roczną pobiera się przez pocztę w drugim półroczu.

7. Ustalenie wysokości składek sekcyjnych należy do poszczególnych sekcji.

IV. Walne Zebranie.

Art. 10.

1. Co rok odbywa się jedno Walne Zebranie, według statutu w porze letniej w Ellikon. O ile ważne powody nie pozwalają na przestrzeganie tej reguły, natenczas Walne Zebranie lub Komitet Centralny wyznacza inne miejsce zebrania.

2. Walne Zebranie decyduje we wszystkich sprawach Towarzystwa, omawia wszelkie projekty, zajmuje stanowisko w sprawie administracji Komitetu Centralnego, mianuje członków Komitetu Centralnego oraz 2 rewidentów na dwuletni okres urzędowania.

3. Każdy członek obarczony przez Walne Zebranie funkcją musi przyjąć wybór na czas przynajmniej jednego okresu urzędowania. Członkowie honorowi mają prawo głosu i wyboru na równi z członkami czynnymi.

V. Postanowienia specjalne.

Art. 11.

1. Komitet Centralny składa się z prezesa, wiceprezesa, sekretarza, skarbnika oraz 2 ławników.

2. Komitetowi Centralnemu przysługuje prawo oddania pierwszego wotum we wszystkich projektach podlegających głosowaniu.

3. W zakres obowiązków Komitetu Centralnego wchodzą następujące czynności:

a) zwoływanie Walnego Zebrania,
b) omawianie bieżących spraw oraz kierownictwo ogólne Towarzystwem,
c) zrzeszanie zwolnionych z lecznicy i wyleczonych kuracjuszy; nadto Komitetowi Centralnemu przysługuje prawo wglądu każdej chwili w gospodarkę finansową prowadzoną przez skarbnika.

Art. 12.

Do obowiązków prezesa należą:

1. przewodniczenie na Walnym Zebraniu oraz na zebraniach Komitetu Centralnego;

2. opracoywwanie sprawozdania rocznego i przedkładanie go Walnemu Zebraniu.

Art. 13.

Wiceprezes jest we wszystkich wypadkach zastępcą prezesa, któremu w pracy pomagać powinien.

Art. 14.

Sekretarz prowadzi protokóły Walnego Zebrania oraz zebrań Komitetu Centralnego.

Art. 15.

Do obowiązków skarbnika należą:

1. dokładne wyliczanie się z dochodów i rozchodów Towarzystwa;

2. przedkładanie Walnemu Zebraniu sprawozdania rachunkowego, które winien przynajmniej na 14 dni przed Walnym Zebraniem przedłożyć rewidentom.

Rok budżetowy kończy się z dniem 31 maja.

Art. 16.

Dochody Towarzystwo czerpie:

a) ze składek członkowskich,

b) z darowizn i spadków.

VI. Wnioski.

Art. 17.

1. Prawo stawiania wniosków Towarzystwu w ciągu roku przysługuje poszczególnym sekcjom oraz Komitetowi Centralnemu; na Walnym Zebraniu lub Zebraniu Delegatów prawo to przysługuje każdemu członkowi, uprawnionemu do głosowania.

2. Wnioski, które wpływają, omawia się na następnym Walnym Zebraniu; Komitetowi Centralnemu winny być zgłaszane przynajmniej na 14 dni przed Walnym Zebraniem.

Art. 18

a) Towarzystwo należy uważać za rozwiązane, o ile tego żądają przynajmniej 2/3 wszystkich członków. Większość ta powinna być stwierdzona przez poprzednie głosowanie.

b) Jeśli rozwiązanie Towarzystwa zostało postanowione, natenczas cały jego majątek oddaje się pod administrację dyrekcji lecznicy Ellikon; a jeśli w ciągu 10 lat nie dojdzie do ponownego założenia Towarzystwa, majątek ten przechodzi na własność lecznicy.

c) O ile w ciągu 10 lat Towarzystwo zawiąże się na nowo, do czego wymagana jest liczba przynajmniej 30 abstynentów, byłych kuracjuszy Ellikonu, wtedy majątek byłego Towarzystwa przypada nowotworzącemu się Towarzystwu.

Pod żadnym warunkiem majątek Towarzystwa nie może być podzielony między członków, ani też być zużyty na inne cele.

Statut niniejszy został przyjęty na Walnym Zebraniu w dniu 12 lipca 1931 r.

W imieniu „Sobrietas"

Prezes: (—) J. Rohrer.

Sekretarz: (—) E. Wirz.

Dr fil. WANDA JAKOBSON.
Psycholog Miejskiej Poradni Wychowawczej w Łodzi.

KILKA UWAG O PORADNIACH WYCHOWAWCZYCH.

Realizowanie postulatów higieny psychicznej zależy w dużym stopniu od możliwości realizowania zadań instytucji profilaktycznej opieki nad psychicznym zdrowiem społeczeństwa, a więc przede wszystkim od stanu opieki nad psychicznym i moralnym rozwojem dziecka.

W ostatnich latach w akcji profilaktycznej opieki nad rozwojem dzieckao dgrywają dużą rolę t. zw. poradnie wychowawcze[1]). Mimo jednak faktu, iż instytucyj tych jest zarówno zagranicą, jak i w Polsce, coraz więcej, społeczeństwo (często nawet lekarze szkolni i nauczyciele) nie orientuje się jeszcze dostatecznie w tym,co jest właściwie zadaniem poradni wychowawczych, na czym polega ich działalność, kiedy i w jakim celu należy dzieci do poradni kierować.

Brak dostatecznej orientacji w tej sprawie jest zrozumiały, jeśli się bierze pod uwagę, że instytucje tego typu istnieją dopiero zaledwie od lat kilkunastu. W Bostonie powstała wprawdzie podobna istytucja już w roku 1900-ym[2]), a w Berlinie zadania podobne spełniała Medico-Pädagogische Poliklinik już w roku 1906[3]), ale były to wypadki sporadyczne i od ich pojawienia się do rozpowszechnienia poradni wychowawczych w stopniu, jaki panuje obecnie, droga była jeszcze daleka.

Na rozpowszechnienie i rozwój poradni wychowawczych w ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci wpłynęły przede wszystkim dwa czynniki. Jeden z nich — to warunki życia doby wojennej i powojennej — życia nietylko ekonomicznego, ale także rodzinnego i kulturalnego. Przede wszystkim więc oczywiście ogólne zubożenie, i wzrastające wciąż bezrobocie, nędza szerokich mas i następstwo tego — we wszystkich prawie krajach — niezliczone rzesze dzieci nie tylko bardzo źle rozwiniętych fizycznie, ale wogóle opuszczonych i moralnie zaniedbanych. W sferach zamożniej-

[1]) Według referatu, wygłoszonego w Towarzystwie Psychologicznym w Łodzi dnia 9 listopada 1934 r.

[2]) „Judge Baker Foundation". Cyt. według S. Freudenberg, Erziehungs- und heilpädagogische Beratungsstellen, Leipzig 1928, str. 18.

[3]) „Medico-Pädagogische Poliklinik für Kinderforschung, Erziehungsberatung und ärztlich-erziehliche Behandlung" cyt. tamże.

szych doprowadziły różne wstrząsy wojennej i powojennej doby również do dużego wzrostu trudności wychowawczych.

Pierwszym zatem czynnikiem, który odgrywa poważną rolę przy powstawaniu poradni wychowawczych jest jeśli się tak można wyrazić, duży popyt na tego rodzaju instytucje, t. zn. istnienie palącej potrzeby rozwijania i rozbudowywania dotychczasowej opieki społecznej nad dzieckiem.

Drugim czynnikiem jest rozwój współczesnej psychologii i pedagogiki leczniczej, szczególnie rozwój psychopatologi i dziecka, która stanowi naukową podstawę działalności poradni wychowawczych.

Obydwa czynniki zbiegły się i zahaczyły o rozpoczętą już pod koniec wieku XIX akcję opieki nad t. zw. dzieckiem przestępczym, akcję, realizowaną pod postacią sądów i patronatów nad nieletnimi. Poradnie wychowawcze są rozszerzeniem tej akcji, jeżeli są czynne przy sądach dla nieletnich; są skierowaniem akcji, na drogę profilaktyki, jeżeli pracują niezależnie od sądów i mają do czynienia z dziećmi, które żadnej „sprawy" (narazie) nie miały.

Prócz wymienionych sporadycznych wypadków zakładania instytucyj typu poradni wychowawczych już na początku naszego stulecia wymienić należy jeszcze odosobnione w swej pracy pierwsze placówki ambulatoryjnej pedagogiki leczniczej z przed lat blisko dwudziestu, a mianowicie w Frankfurcie, założoną przez dr. Fürstenheima w roku 1916-ym, i w Heidelbergu, założoną przez prof. Homburgera w roku 1917-ym[1]).

Główną zasługę rozpowszechniania placówek społecznych tego typu należy przypisać Adlerowi. Adler założył pierwszą poradnię wychowawczą w Wiedniu w roku 1920-ym; w ciągu kilku lat powstało takich poradni w samym Wiedniu 28, w Europie zaś w ogóle — przeszło 50. Adler jest więc tym, który ideę poradni wychowawczych spopularyzował i w sposób decydujący wpłynął na szybkie rozpowszechnienie się poradni w ogóle, niezależnie od tego, czy przystępowały one do pracy w duchu psychologii Adlera, czy też innej.

Poradnie wychowawcze bywają: 1) oparte wyłącznie na przesłankach psychologii indywidualnej Adlera[2]), 2) pracujące wyłącznie w duchu psychoanalizy Freuda[3]), 3) opierające się przede

[1]) „Die heilpädagogische Beratungsstelle in Heidelberg" Homburger, Zeitschrift für Kinderforschung. Bd. 29, Heft 4. cyt. według S. Freudenberga.

[2]) Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie, Sonderheft: Erziehungsberatung, Jhrg. 7, 1929, Heft 3 oraz cyt. praca S. Freudenberg.

[3]) Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, Sonderheft: Erziehungsberatung, Jhrg. 1932, Heft 11/12 oraz Aichhorna Verwahrloste Jungend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung, 1925.

wszystkim na t. zw. psychopatologii klinicznej[1]), 4) biorące w swej pracy pod uwagę zdobycze naukowe każdego z tych kierunków, nie opierając się na żadnym z nich wyłącznie. Charakter istniejących poradni wychowawczych jest więc obecnie niejednolity, wynika to bowiem z obecnego stanu nauki psychologii. Na ogół taki stan rzeczy nie jest zjawiskiem niepokojącym — poradnie wychowawcze, istniejące dopiero od lat kilkunastu, muszą jeszcze próbować różnych dróg realizowania swych zadań.

Łącznikiem wszystkich poradni wychowawczych jest obiekt, z którym mają do czynienia: dziecko — trudne do prowadzenia, moralnie zaniedbane, wykolejone. Symptomatologia tych wypadków jest bardzo wielopostaciowa, a ustosunkowanie się do przejawów — diagnostyka — zupełnie nieustalona, zależna od przesłanek teoretycznych, służących jej za podstawę.

Abstrahując od wieloznaczności symptomów, podajemy dla zobrazowania działalności poradni te przejawy, z którymi ma się najczęściej do czynienia. Należą do nich przede wszystkim kradzieże, włóczęgostwo, wszelkie postacie kłamstwa, nieposłuszeństwo, niepokojące rodziców przejawy życia płciowego, lenistwo itd. Niektóre objawy są wprost charakterystyczne dla pewnych warstw społecznych. Dzieci ze środowisk nędzy i zaniedbania to przede wszystkim materiał na złodziei i włóczęgów. O kłamliwości, nieposłuszeństwie itp. wadach charakteru w tych wypadkach oczywiście wogóle mówić nie można (tak samo, jak nie można się dziwić, że nie ma chusteczki do nosa ten, kto pod łachmanem ubrania nie nosi nawet koszuli). Ale ta sama kłamliwość, nadmierne nieposłuszeństwo, upór, wybujałe lenistwo, obojętność w stosunku do obowiązków — są już oczywiście symptomami zastanawiającymi, jeżeli dziecko nie pochodzi ze środowiska zupełnego wychowawczego zaniedbania. Podejrzane są wszelkie w ogóle zaburzenia w dziedzinie uczuć i woli dziecka, lęki, zahamowania, zbytnia agresywność, rozmaite nawyknienia i, jak wiadomo, nawet tak częsta w domach zamożniejszych niechęć dziecka do jedzenia.

Wszystkich „wad" dziecięcych wymienić nie sposób, chodzi tylko o podkreślenie, że są one istotnie często przejawami wadliwego rozwoju dziecka i zwiastunami przyszłych nerwic, które poradnie widzą nieraz poprostu in statu nascendi.

---

[1]) Homburger A. Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin 1926.

Że u dzieci moralnie zaniedbanych włóczęgostwo i kradzieże są aż nazbyt często tylko pierwszym etapem przyszłej przestępczości, to są rzeczy wszystkim znane.

Jak z powyższego widać, zadaniem poradni wychowawczych jest profilaktyka, idąca w dwóch kierunkach: zapobiegania przestępczości i zapobiegania nerwicom. Niestety — realizowanie wymienionych zadań napotyka narazie duże trudności. Może z czasem, kiedy warunki ekonomiczne pozwolą na większe rozpowszechnienie poradni, i na to, że można będzie w każdym wypadku stozasować środki profilaktyczne, — poradnie będą mogły spełnić swe zadanie, a stan ogólny higieny psychicznej społeczeństwa istotnie bardzo się podniesie. Podniesienie zaś ogólnego stanu higieny psychicznej, t. zn. wychowanie pokoleń, składających się z jednostek o harmonijnych, dzielnych i uspołecznionych, kryje w sobie zawiązki, wielkich, choć niedających się narazie przewidzieć, wartości.

Narazie jest jeszcze, w stosunku do zapotrzebowania społecznego, bardzo niewiele poradni, a i te, co są, nie rozporządzają jeszcze nawet najbardziej koniecznymi środkami. Brak jest przede wszystkim ośrodków współpracy z poradniami, a więc stacyj obserwacyjnych dla dzieci i młodzieży, zakładów wychowawczych, zakładów leczniczo-wychowawczych. Publiczne zakłady wychowawcze istnieją, ale nie mogą pomieścić nawet części dzieci, wymagających tej opieki; publicznych zakładów leczniczo-wychowawczych nie ma zupełnie. Istnieją natomiast zakłady poprawcze, z których prawie wszystkie, ażeby mogły spełniać należycie swoje zadanie, wymagają reorganizacji w myśl zasad pedagogiki leczniczej.

Wobec powyższego każda poradnia wychowawcza przystosowuje się narazie — w miarę możności do lokalnych warunków pracy. Niezależnie od środków, jakimi rozporządza, musi dziecko przede wszystkim poznać. Poznanie przyczyn wykolejenia dziecka ma dla jego przyszłości fundamentalne znaczenie i jest podstawą wszelkich dalszych poczynań poradnictwa.

Ponieważ metoda badania dziecka i postępowania z nim nie jest ujednostajniona, trudno jest dać taki obraz działalności, któryby uwzględniał indywidualne różnice poszczególnych instytucyj. Dla przykładu podajemy (oczywiście w najogólniejszym zarysie), jak się postępuje w Miejskiej Poradni Wychowawczej w Łodzi.

W Miejskiej Poradni Wychowawczej w Łodzi badanie samego dziecka poprzedza zwykle szczegółowy wywiad z jego rodzicami lub opiekunami. Wywiad taki uwzględnia fizyczny i psychicz-

ny rozwój dziecka od urodzenia do chwili badania, jego sytuację w rodzinie, warunki społeczno-ekonomiczne rodziny itd. Przy wywiadzie tym jest rzeczą bardzo ważną wyczucie ogólnej atmosfery rodzinnej, poznanie charakteru konfliktów między poszczególnymi członkami rodziny, ustalenie stosunku poszczególnych osób z rodziny do danego dziecka, szczególnie zaś — obserwacja osoby informującej o dziecku, to znaczy przeważnie matki, ponieważ nieraz wystarcza poznać matkę, aby móc się całkowicie zorientować co do jakości popełnianych w stosunku do dziecka błędów wychowawczych. W razie potrzeby wywiad z matką lub ojcem uzupełnia się wywiadem środowiskowym w mieszkaniu rodziców dziecka; wywiad taki rzuca nieraz zupełnie nowe światło na informacje, uzyskane od rodziców w lokalu poradni.

Rzeczą niezmiernie ważną jest uzyskanie wiadomości o życiu dziecka na tle środowiska szkolnego. Jeżeli szkoła sama kieruje dziecko do poradni, — wychowawcy szkolni udzielają pierwszych potrzebnych nam informacyj o dziecku. W Łodzi stosuje się arkusz obserwacyjny, wypełniany przez szkołę, uwzględniający obszernie wszystkie najważniejsze punkty, dotyczące życia dziecka w szkole. Dane kwestionariusza uzupełnia się, jeśli to jest możliwe, osobistą rozmową z wychowawcą szkolnym.

Psychologiczne badanie dziecka (badanie inteligencji, życia uczuciowego, w miarę możności — charakteru) wymaga co najmniej kilkakrotnej bytności jego w poradni, wymaga przede wszystkim nawiązania kontaktu uczuciowego z dzieckiem, zyskania sobie jego całkowitego zaufania. Badania przeprowadza się za pomocą rozmaitych metod testowych, a nieraz nawet, szczególnie u dzieci młodszych, z odpowiednim nastawieniem stosowanych gier. Punktem ciężkości badań są jednak świadomie i planowo przeprowadzane przez psychologa rozmowy z dzieckiem. Nastrój i temat rozmów, jako też w ogóle dobór środków poznawczych musi być bardzo indywidualizowany — w zależności od wieku, środowiska, usposobienia i poziomu inteligencji badanego dziecka.

Trudniejsze do rozpoznania wypadki kieruje się do istniejącej przy poradni świetlicy obserwacyjnej, w której dziecko obserwuje się w środowisku do pewnego stopnia naturalnym, bo i przy pracy i podczas zabaw, a przede wszystkim podczas współpracy i współżycia z równowieśnikami. Niektóre dzieci starsze badane są również psychotechnicznie w poradni zawodowej. Dla zbadania lekarskiego kieruje się dzieci do współpracujących z Poradnią Wychowawczą — internisty i neurologa.

Po zbadaniu dziecka i jego sytuacji poradnia udziela rodzicom i wychowawcom porad i wskazówek psychologiczno-pedagogicznych. Prócz udzielania porad poradnia nieraz usiłuje sama skierować dziecko na nową drogę rozwoju. Przeprowadzane w tym celu rozmowy, wyświetlanie dziecku jego sytuacji, przyczyn i skutków jego postępowania — może, o ile kontakt uczuciowy udało się uprzednio nawiązać, dać nieraz pomyślne rezultaty. Indywidualną opiekę nad dzieckiem uskutecznia się również na dłuższą metę za pomocą lekcyj pomocniczych, odbywających się na terenie poradni. Lekcje takie mają zawsze podwójny cel, przy czym strona wychowawcza jest oczywiście dominującą.

Nieraz jednak konieczną jest dla dziecka zmiana jego dotychczasowego środowiska, — czasem tylko środowiska szkolnego, co daje się prawie zawsze uskutecznić, a czasem środowiska całkowitego, co już jednakże połączone jest przeważnie z bardzo dużymi trudnościami, głównie na skutek warunków gospodarczych wspomnianego już braku zakładów leczniczo-wychowawczych oraz dostatecznej ilości zakładów wychowawczych.

Tak samo trudne jest obecnie, konieczne nieraz z punktu widzenia wychowawczego, znalezienie dla starszych dzieci odpowiedniego miejsca pracy. Jest rzeczą zrozumiałą, że brak jakiegokolwiek zajęcia, niebezpieczny w ogóle dla każdego młodocianego umysłu, jest szczególnie niebezpieczny dla wszystkich tych, których rozwój szedł już i tak w kierunku wykolejenia.

Mieliśmy wypadki, kiedy umieszczenie w odpowiednim zakładzie lub warsztacie pracy było dosłownie uratowaniem dziecka od przestępczej przyszłości. O dzieciach tych mamy wiadomości, świadczące o ich zupełnie dobrym dalszym rozwoju. Wypadki takie wzmacniają nas w przekonaniu, że mimo ciężkich warunków gospodarczych i mimo wynikających stąd trudności i przeciwności w pracy, nie należy się zrażać tymi przeciwnościami, ani też tym, że akcja opiekuńcza nie obejmuje jeszcze obecnie wszystkich, którzy pomocy tej potrzebują. Musimy narazie z całym natężeniem energii walczyć o poszczególne jednostki, ale równocześnie, i może przede wszystkim, także o taką rozbudowę poradni wychowawczych i potrzebnych do współpracy z nią placówek, ażeby opieka profilaktyczna nad psychicznym i społecznym zdrowiem dziecka objęła z czasem tych dzieci jak najliczniejsze rzesze. Rozbudowa opieki profilaktycznej nad rozwojem dziecka ma dla rozwoju higieny psychicznej społeczeństwa znaczenie podstawowe.

TENDENCJE WYCHOWAWCZE NA WSCHODZIE, A PRZYSTOSOWANIE DO ŻYCIA W SPOŁECZEŃSTWIE.

Podali

Dr WITOLD WINIARZ
SZPITAL ŚW. JANA BOŻEGO W WARSZAWIE - DYREKTOR DOC. DR FALKOWSKI.

Dr JÓZEF WIELAWSKI
ORDYNATOR SZPITALA „KOCHANÓWKA" - DYREKTOR DR M. SIEMIONKIN.

W różnych częściach świata i w różnych okresach rozwojowych ludzkości istniały różnice w poglądach na to, jak można uzyskać najlepsze warunki życia w gromadzie i jak do tego życia najkorzystniej się przystosować.

Warunki życia zmieniają się: raz stają się mniej, kiedy indziej znów bardziej sprzyjające i stosownie do tego człowiek musi umieć odpowiednio zmieniać swoje nastawienie psychiczne, poglądy i życzenia, a także musi umieć stwarzać wokoło siebie takie sytuacje, które najbardziej mu by odpowiadały. Od tych warunków zależy, czy będzie on żył z otoczeniem w harmonii, czy też będzie się czuł wśród niego obco i wrogo.

W tych poglądach i dążeniach istniały od wieków biegunowe różnice między Wschodem[1]) i Zachodem. W przeciwieństwie do ludzi Zachodu na Wschodzie uważano, że raczej biernie ustosunkowywać się należy do warunków otoczenia, godzić się z koniecznością i rezygnować z wysiłków prowadzących do zmian. Ten pogląd znalazł swój wyraz w wychowaniu potomstwa, któremu starano się wpoić zasady biernego przystosowania się do otoczenia oraz tendencje do poddawania się istniejącym warunkom i unikania zmian, bo każda zmiana sytuacji wymaga tylko nowych ofiar i nowych ustępstw, a przecież a priori wyklucza się możność czynnego zwalczania tarć z otoczeniem.

Cel wychowania na Wschodzie jest inny niż na Zachodzie. Na Zachodzie usiłujemy przygotować dziecko do tego, co czeka je w późniejszym życiu: do życia wśród wielkiej masy ludzkiej, kilkunasto czy kil-

[1]) Materiał do artykułu niniejszego czerpali autorzy ze swych trzechletnich obserwacyj w Persji, Indiach, Chinach i Japonii.

kudziesięciomilionowego społeczeństwa. Na Wschodzie pojęcie społeczeństwa ogranicza się do niewielkiej grupy—rodu, który stanowi odrębną całość. Ród na Wschodzie tworzy komunistyczną gminę składającą się z większej ilości członków, licząc niekiedy kilka setek, na których czele stoi najstarszy wiekiem naczelnik rodu i rządzi absolutnie. Wszyscy oddają swoje dochody do wspólnej kasy, a najstarszy rozdziela tę sumę według potrzeby i swego uznania. Żadna ważniejsza decyzja nie może być powziętą bez jego zgody. On decyduje o małżeństwie, pracy zawodowej, o wezwaniu lekarza w razie choroby i o wychowaniu potomstwa.

Tak jest przede wszystkim w Chinach; w Indiach system rodzinny zastępuje system kast, który podobne wywarł piętno na psychice i wychowaniu. I tu mamy do czynienia z małymi grupami, których członkowie są solidarni wobec siebie, lecz — tylko wobec siebie. O pojęciu Chin albo Indii jako całości, możemy mówić w sposób taki, jak mówi się o poczuciu solidarności ogólnoludzkiej, co jest jednakże pojęciem bardzo mglistym i nierealnym.

W tych małych grupach społeczeństw, które do dziś dnia zachowały archaiczny ustrój, istnieje cała hierarchia uprawnień i przywilejów mężczyzn w zależności od ich wieku. Wśród kobiet, których stanowisko społeczne jest na ogół bardzo niskie, powstała również hierarchia, która pozwala np. babce traktować żony wnuków jako niewolnice.

Synowie i córki wcześnie wstępują w związki małżeńskie, przy czym o wyborze żony lub męża decydują rodzice, nie pytając wcale o zdanie dzieci. Młoda mężatka wprowadza się do domu rodziców męża i przede wszystkim musi się uważać za służebną teściów. Męża często nawet przez kilka lat nie widzi, jeżeli wyjechał dla interesów lub na poszukiwanie pracy do innego miasta.

Obowiązkiem żony jest urodzić syna. Jest to obowiązek wobec męża i jego rodziców, gdyż tylko chłopiec po śmierci ojca może objąć po nim funkcje związane z czcią zmarłych przodków. Posiadać syna — to znaczy „spłacić dług wobec przodków". Jeżeli żona okaże się bezpłodną albo urodzi tylko córki, wówczas mąż przyjmuje do domu konkubinę. Męża nie obowiązuje wierność małżeńska.

Już od wczesnego dzieciństwa zaznacza się w wychowaniu, męskiego potomka dość duża swoboda, jaka mu się tu pozostawia w kwestiach płciowych. Nie wymaga się od niego tłumienia rozwijającego się instynktu płciowego w tym stopniu, jak to bywa

w systemach wychowawczych społeczeństw Zachodu. Jakkolwiek chłopcy i dziewczęta w późniejszym okresie dzieciństwa wychowują się osobno i później aż do ślubu zbliżenie obojga płci jest bardzo utrudnione, to jednak sprawy płciowe są uważane za jawne, tj. za takie, których przed dziećmi się nie ukrywa. Problemy związane z życiem płciowym są często tematem ogólnej rozmowy całej rodziny, nie wyłączając i członków nieletnich. Onania i homoseksualizm są wydarzeniami dnia codziennego, które nie podlegają restrykcjom i nie stoją pod pręgierzem opinii publicznej.

Jakkolwiek dorośli mężczyźni i młodzi chłopcy na Wschodzie korzystają z większej swobody seksualnej niż na Zachodzie, to jednak nie można uważać, aby konflikty związane z życiem płciowym były w Azji rzadsze, niż w Europie. I tam spotykamy często neurasteniczne dolegliwości związane z onanią, i tam impotentia coeundi jest częstym objawem, na który skarżą się pacjenci. Z dużym więc prawdopodobieństwem można twierdzić, że wielką rolę w tym ostatnim odgrywa coitus interruptus, ogólnie w przeludnionych krajach Azji praktykowany.

Za tę względną swobodę w sprawach płciowych człowiek Wschodu płaci utratą szeregu innych swobód. Płaci przede wszystkim ofiarą ze swej indywidualności i samostanowienia. Człowiek Wschodu musiał się zrzec samodzielności, która stała się udziałem tylko najstarszego członka rodziny.

Nieco więcej swobody ma dziecko tylko we wczesnym dzieciństwie, zanim spod opieki matki przejdzie pod opiekę ojca. Matka jest uległą, zwłaszcza w odnoszeniu się do potomka męskiego. Na każdy krzyk dziecka reaguje podaniem mu piersi i przedłuża ten okres karmienia nieraz do piątego roku życia.

Kiedy dziecko zaczyna stawiać pierwsze kroki, widać wyraźną różnicę w odnoszeniu się rodziców do potomka męskiego. Chłopiec nadużywa swej pozycji uprzywilejowanej bezkarności i teroryzuje swe siostry przy aprobacie starszych. I tak rośnie wśród najbliższej rodziny, czując nad sobą możną opiekę ojca. Ojciec jest dla niego bogiem, który może go ochronić przed każdym nieszczęściem i pomóc w uzyskaniu upragnionego przedmiotu. Ale ojciec żąda posłuszeństwa. Nieposłuszeństwo może spowodować nie tylko utratę jego miłości i opieki, lecz także ściągnąć gniew potężnego rodzica.

Z czasem dziecko zaczyna się orientować w stanowisku jakie zajmuje matka. Jest ona tylko własnością ojca. Do jej zadań

należy pomaganie w gospodarstwie domowym, a poza tym jest ona istotą słabą i bez wpływów. Jest jeszcze jednak w domu kobieta, która specjalną opieką otacza dziecko: jest nią babka, dumna, że doczekała wnuka. Otacza go tkliwością i darzy swoją możną opieką.

Na całym Wschodzie wybitne w rodzinie stanowisko dziadka i babki odciąga ku nim wiele z zainteresowań dziecka. Dziecko kocha ich często więcej niż rodziców i dowiaduje się z czasem, że nieraz gdy jest bezsilny, dziadek może rozwiązać zagadnienie.

Po okresie, w którym dziecko było pod opieką matki, przychodzi moment, kiedy kierunek wychowania zasadniczo się zmienia. Odtąd dziecko musi porzucić beztroskie życie i uczyć się tego, co mu będzie potrzebne w przyszłości.

Ten ważny moment w życiu dziecka był uroczyście obchodzony u starożytnych Słowian. W czasie t. zw. „postrzyżyn" obcinano siedmioletniemu chłopcu włosy. Miało to symbolizować, że okres dziecięcy się skończył i że odtąd chłopiec przechodzi pod opiekę ojca, który później weźmie go z sobą na łowy i będzie zaprawiał w strzelaniu z łuku. W Indiach u braminów istnieje ceremonia „upanayama", czyli nałożenie potrójnego sznura na chłopców w wieku między piątym a dziewiątym rokiem życia. Odtąd chłopiec co dzień rano i wieczór musi składać ofiarę ognia oraz stosować się do praw i zwyczajów swej kasty.

Podniety wychowawcze na Wschodzie idą w kierunku konserwatywnym. Przez stosowanie się do tradycji zyskują dzieci miłość i poparcie rodziny, w przeciwnym razie — grożą im z jej strony nienawiść i represje.

„Księga Praw" — stary kodeks chiński — głosi: „Jeżeli wnuk lub syn, którego dziadek ze strony ojca jeszcze żyje. oddali się z domu, aby osiedlić się gdzie indziej, lub oderwie część posiadłości rodzinnych, będzie ukarany stu uderzeniami długim kijem". Księga zaś „Li-Ki" mówi: „Tak długo, jak ojciec lub matka żyje, potomek ich nie może uważać się właściciela swego ciała, ani nie może uważać swego dobytku za swoją własność".

Pismo chińskie jest archaicznym ideograficznym wyrażeniem myśli i precyzuje idee w pewien z góry przewidziany sposób, tak że stosunkowo mało pozostawia się indywidualnemu wyobrażeniu. Te znaki są poza tym bardzo skomplikowane i zabierają dziecku wiele czasu i wysiłków w okresie nauki szkolnej. Utrudniają przez to zdobycie wiedzy w innych kierunkach i oparcie początków na-

uki szkolnej na zrozumieniu, a wreszcie przerzucają punkt ciężkości nauki na pamięciowe opanowywanie przedmiotu.

W Chinach do niedawna jeszcze w wielkich miastach, a do dzisiaj na całej olbrzymiej przestrzeni w głębi kraju, syn bierze najczęściej zawód po ojcu, a żonę wyznacza mu rodzina. W Indiach styczność ludzi ograniczona jest tylko do danej kasty, przepisy przewidują rodzaj wychowania, zawód jest z góry ustalony, a żona — przeznaczona. W Persji, jak i i innych krajach mahometańskich, syn zwykle po ojcu prowadzi handel tym samym towarem, a kiedy dorasta, wyszukują mu żonę.

Ścisłe przepisy kast w Indiach, przepisy familijne w Chinach i fanatyzm mahometański w innych krajach Wschodu — ograniczają współżycie między ludźmi do pewnej niewielkiej grupy, redukując zaś w ten sposób możliwości każdego człowieka, przyczyniają się do hamowania postępu.

Przepisy konfucjanizmu jak i inne przepisy na Wschodzie krępują okazywanie uczuć na zewnątrz. Powoduje to etykietalność, która z konieczności staje się często nieszczerością i utrudnia stosunki między ludźmi. Konfucjanizm podawał drobiazgowe przepisy co do trybu życia i utrudniał przez to postęp. Jeżeli jednak potrącamy o krytykę systemu, to musimy się zastrzec, że mamy na myśli konfucjanizm, a nie Konfucjusza. Konfucjusz stworzył reformę moralno-obyczajową, dobrą w danej epoce i dla danego narodu, ale z czasem zrobiono z tego religię względnie system dogmatyczny, który przestał podlegać przeobrażeniom, dając przez wprowadzenie licznych ceremonii tylko formę zewnętrzną.

Chińska kultura i sceptycyzm wywarły swoje piętno na wychowaniu. A wychowanie chińskie jak mówi Bertrand Russel, dało w rezultacie stałość i sztukę, ale nie dało postępu ani wiedzy.

Na całym Wschodzie wielką czcią otoczony jest wiek sędziwy, toteż młodzież stara się o zdobycie pochwały i uznania starych ludzi, uważanych za mądrych i doświadczonych. Stary człowiek narzuca młodemu swój światopogląd, nie lubi innowacyj i nie ufa im.

Dziecko nie jest samodzielne i jest tylko częściowo odpowiedzialne za swoje czyny. Dlatego potrzebuje miłości, tkliwości i autorytetu człowieka dorosłego, który może rozwiązać bardziej zawiłe problemy i pomóc w powzięciu ważniejszych decyzyj. Tym wszystkim warunkom czyni zadość sytuacja rodzinna, gdzie dziecko otoczone jest opieką i miłością. Dla tego też dziecko przy-

wiązuje się do ojca, matki i innych członków rodziny, którzy zapewniają mu ten stan niesamodzielności i nieodpowiedzialności.

Ale następuje okres dojrzewania i dziecko ma się stać człowiekiem dorosłym. Powinno więc stać się samodzielnym, aby móc żyć wśród wielkiego społeczeństwa jako autonomiczna jednostka. Jest to ciężka chwila w życiu młodego człowieka, bo w tym przełomowym momencie zainteresowania jego muszą przenieść się z małej grupy — rodziny czy kasty — na całe społeczeństwo. Toteż towarzyszy temu przejściu jego tęsknota za minionym dzieciństwem.

Rozwój biologiczny zmusza młodego człowieka do szukania przedmiotu miłości. Prawa i tradycja zabraniają mu szukania żony — kobiety-partnera — wśród rodziny, i to jest jeden z najważniejszych czynników zmuszających go do wejścia w społeczeństwo, by tam stanąć do współzawodnictwa o miłości i uznanie kobiety. Ta kobieta spoza rodziną reprezentuje dlań teraz społeczeństwo. Przez przerzucenie na nią swego uczucia młody człowiek odrywa się od swojej rodziny, dotychczasowego swego otoczenia, zakłada nową rodzinę i odtąd należy już do wielkiej grupy — do społeczeństwa. Przestał być niesamodzielnym dzieckiem i stał się dorosłym mężczyzną.

Tak dzieje się na Zachodzie i proces ten jest charakterystyczny dla Zachodu. Na Wschodzie jednak stosunki są inne. Żyjąca tam w poniżeniu kobieta Wschodu przedstawia dla mężczyzny niewielką wartość; a tylko dla wielkiej nagrody młody człowiek może się zdobyć na wysiłek zerwania węzłów łączących go z błogosławionym okresem dzieciństwa, gdzie nie ponosił za swoje czyny odpowiedzialności, a ojciec roztaczał nad nim swą możną opiekę. Z drugiej zaś strony wczesne małżeństwo usuwa z jego życia okres pożądań i walki, a daje przedwcześnie i bez trudu zdeprecjonowany sukces. Małżeństwo na Wschodzie spada na młodzieńca nagle, w chwili kiedy rodzice uznają, że wiek jego jest odpowiednim i nie jest ono wynikiem jego pragnień.

„W miarę dojrzewania jednostki i w miarę postępu ludzkości usuwa się człowiek coraz bardziej z pod opieki grupy rodzinnej i dąży w kierunku indywidualnej samowystarczalności" (W. A. White, Waszyngton). Zainteresowania i uczucia człowieka skierowują się na zewnątrz. Jego główne zainteresowania są poza nim. Ale jeżeli uczucia nie zostały oderwane od małej grupy rodziny czy kasty, wówczas są one uwięzione i nie promieniują

na szeroką masę społeczeństwa i otoczenie, wśród którego człowiek żyje — są dla niego obce i niezrozumiałe.

Na Wschodzie trudno jest uwolnić się z więzów rodzinnych. To jednak, co na Wschodzie ogólną jest tendencją, zdarza się często i na Zachodzie. W rodzinach, gdzie ojciec jest zbyt surowy, a matka łagodna i uległa, gdzie jedynym życzeniem matki jest, aby syn słuchał apodyktycznego ojca — tam zwykle następuje rezygnacja syna z męskich ambicyj i współzawodnictwa. Tam występuje uległość wobec autorytetu i brak samodzielności. Tam, jak przeważnie na Wschodzie, ojciec narzucając w sposób dogmatyczny synowi swą wolę, nie pozwala mu „wyrosnąć" i rozwinąć męskich ambicyj. Bo matka nie mogłaby znieść, aby jej syn sprzeciwił się woli męża. Te skłonności rodziców nie pozwalają uczuciom dziecka przenosić się dalej, postępować naprzód; nie pozwalają synowi wejść w nowe otoczenie, żyć samodzielnie wśród społeczeństwa i przyjąć na siebie całkowitej odpowiedzialności za swoje czyny.

W tym przełomowym wieku otwiera się przed dzieckiem szeroki świat, pełen kuszących tajemnic i wielkich możliwości. Jest już na tyle dojrzałe, że umie samo chodzić, mówić i wiele innych rzeczy potrafi, ale na myśl o tym, że ma żyć na tym wielkim nieznanym świecie ogarnia je przerażenie, albowiem nie dowierza swoim siłom, bo jeszcze za bardzo jest dzieckiem i nie może jeszcze iść naprzód bez ojca i matki. Chciałoby odkryć świat, ale to jest połączone z utratą rodziców. „Każdy krok w świat oznacza krok dalej od matki" (Jung).

Największe trudności zdarzają się tam, gdzie młodzi Chińczycy, wychowani w starym tradycjonalnym systemie, stykają się z nowoczesną cywilizacją Zachodu. Powstają gwałtowne konflikty z rodzicami, którzy nie rozumiejąc nowej sytuacji nie umieją się do niej przystosować. A dzieci znalazłszy się nagle bez pomocy rodziców stają wobec życia bezradne i o wszystko obwiniają starsze pokolenie.

Wychowanie, które nie dało człowiekowi samodzielności, sprawia, że tęskni on ciągle do dzieciństwa, do sytuacji, w której samodzielność nie była mu potrzebna. Uczucia jego silnie związane z najbliższą rodziną nie pozwalają mu przenieść zainteresowań na nowe otoczenie, w którym teraz żyć musi. Żyje więc w obcym mu świecie, z którym afektywnie nie czuje się związanym. I w późniejszym życiu ma ciągłe trudności, bo tajemnica przy-

stosowywania się do zmieniających się warunków polega na zdolności szybkiego przenoszenia zainteresowań z jednej sytuacji na drugą. Jak mówi Jung: „Tajemnica rozwoju kultury leży w ruchliwości libido i jego zdolności do transferencji". Tej właśnie zdolności nie mają ludzie Wschodu, bo uczucie związane z małą grupą najbliższego otoczenia sprawia, że w życiu późniejszym zainteresowania przenoszą się powoli, a to w konsekwencji powoduje brak zdolności szybkiego przystosowywania się do okoliczności życiowych i rozwiązywania konfliktów i jest powodem niepowodzeń, które stają się często punktem wyścia dla rozwoju nerwicy.

Dr JAN NELKEN.

PSYCHIATRIA W WIELKIM MIEŚCIE.

Pod powyższym tytułem prof. J. L é p i n e, psychiatra francuski i dziekan uniwersytetu w Lyonie, w numerze 23 tegorocznego Progrès Médical, poświęconym w całości stuletniej rocznicy M a g n a n a, ogłasza następujące rozważania.

Wspominając M a g n a n a, charakteryzuje L é p i n e przede wszystkim czasy, w których M. żył i działał. Ewolucja wiedzy, postępy fizjologii i medycyny anatomo-klinicznej łączyły wówczas młodych uczonych z kierunkiem myśli współczesnej. Pod koniec Drugiego Cesarstwa młodzież marzyła o wolności i o postępie społecznym. Bezinteresowna i pełna entuzjazmu, miała szczere pragnienie stać się użyteczną — i cel ten osiągnęła. Jedni byli przyjaciółmi Gambetty, inni służyli pod różnymi sztandarami, ale wszyscy płonęli ogniem, który ogarniał całą generację.

Stojąc osobiście zdaleka od polityki brał jednak M a g n a n udział w ówczesnym ruchu społeczno-politycznym, służąc młodzieży radami i wskazówkami w kwestiach społecznych, których pełno było w jego pracach. Zwłaszcza prace o alkoholiźmie i zwyrodnieniu dawały dużo materiału do myślenia. A dzisiaj — czyż żyjemy w czasach, w których zdanie patologa mózgu staje się mniej pożytecznym? A w wielkim mieście — czyż więcej jest obecnie rozsądku, mniej zwyrodnienia, mniej zatruć, a więcej zdrowia moralnego? A w świecie całym — czyż mniej jest instynków gwałtu lub mniej niebezpiecznych utopii? Czy są jakie oznaki bliskiego nadejścia pokoju i sprawiedliwości?

Nigdy więcej nie wysilano inteligencji dla rządzenia ludźmi i nigdy więcej nie poświęcano pracy w tym kierunku. A mimo to pomiędzy rozpasanymi i bezsilnymi antagonizmami odczuwa się okrutnie niepewność jutra. I gorzej jeszcze: między zagadnieniami, które dotąd regulowały ogólnie przyjęte prawa ekonomiczne, nie ma ani pewności, ani jedności w ich pojmowaniu. W stosunkach zaś międzynarodowych panuje chaos, w którym nawet ludzie

dobrej woli, pragnący szczerze pokoju, gubią się i tracą orientację na drogach obowiązku.

W chwili więc kiedy postęp wzbogaca cywilizację coraz nowymi zdobyczami, nie przewidzianymi przez poprzednią generację, niestałość moralna pewnej części świata nakazuje przypomnieć, — zdaniem Lépine'a — że bywały inne czasy, epoki sławy i dobrobytu. W czasach obecnych, gdy wszystko jest możliwe, nastąpić może zanik chwilowy lub także i trwały naszych zdobyczy materialnych, duchowych i kulturalnych. W chaosie sprzecznych idei i wstrząsów człowiek odnaleźć siebie nie może.

Cóż za ogromna różnica w porównaniu ze szczęśliwą epoką młodości Magnana, kiedy to kilka prostych idei, kilka wielkich zagadnień kierowało społeczną działalnością ludzi. A jeśli kiedy niespodziewane zdarzenia komplikowały sprawy, wtedy jedynie najtęższe umysły podejmowały próby ich rozwikłania. Jeżeli jednak i te nie miały wystarczającej siły, by opanować sytuację, nie mogły dłużej pozostać przy życiu...

Dzisiaj żyjemy wśród takich trudności, że upadek idei nikogo nie razi ani zdumiewa. Świat goni za wygodami — i żyje źle. Nikt — nawet z grona krytycznie usposobionych do rządu, pisze Lépine, — nie wierzy, aby jego program wystarczał na wszelkie ewentualności. Nie ma się już dawnego zaufania do metody i niszczy się ludzi przez krytykę przed ich oceną. Kiedyś entuzjazm dźwigał programy i ich obrońców. Liczne zebrania popularne oklaskiwały przywódców. Tego rodzaju zjawiska miewają obecnie miejsce jedynie jeszcze w krajach dyktatury lub monarchii. Naród odnosi się sceptycznie do swoich wybrańców: tyle wymagań, tyle obietnic niespełnionych! Urok ich znikł.

W obliczu wielkich zadań dziejowych, w ważnych godzinach polityki państwowej, wymawia się wybranym przez demokrakcję nieumiejętność szybkiego i dobrego orientowania się. Osłabia ich ilość. Tłum albo jest bierny, albo — pod wpływem namiętnych popędów — zdolny do wszystkiego. Ażeby odpowiadać wymogom nowych sytuacyj, żeby rozróżniać, chcieć i czynić, nie należy być jednym z wielu, lecz — jedynym.

Świetnie powiedział Paul Valéry: *„Konfuzja umysłowa, która jest mniej lub więcej patologiczna, gdy się jest samym, staje się normalną, kiedy jest się wśród wielu...“.*

Nie można dziś liczyć na to, by obywatel godził się chętnie na uwzględnianie spraw ogólnych przed uwzględnieniem jego włas-

nych interesów. Przemyca on przede wszystkim swoje własne sprawy i nie pomaga państwu w zaspakajaniu potrzeb ogólnych.

Wbrew temu co oficjalnie się utrzymuje o alkoholiźmie nigdy może nie był tak rozpowszechniony alkoholizm we Francji jak obecnie. Jeżeli się tam spożywa teraz mniej esencyj likierowych niż przed wojną, to obecnie są w modzie inne gatunki. Konsumpcja wina wzmogła się nadzwyczajnie dzięki poparciu władz. Pod pretekstem, że pewna ilość wina jest konieczna dla zdrowia. uznano wino za środek „przeciwalkoholowy". Pod wpływem tej wygodnej formuły wzmogła się ilość dyspepsyj, cyrroz, polineurytów, sklerozy mózgowej i alkoholowych zaburzeń psychicznych.

Wojna światowa wprowadziła kobietę do zajęć poprzednio wyłącznie męskich. Robotnica nauczyła się pić. Walka o zmniejszenie śmiertelności wśród dzieci nie może więc pominąć alkoholizmu pomiędzy klęskami, z którymi walczy.

Ale człowiek naszych czasów, póki nie ockną go okoliczności poważne, jest istotą miękką, często bezbronną wobec swoich namiętności i łatwo poddającą się pokusom. Lubi on popijać i w alkoholu szukać zapomnienia o własnych troskach. Odmawia też swemu wyborcy prawa ograniczania go w możliwości jego własnego upadku. Nazywa to wolnością. Nie wykazuje zaś żadnego wysiłku w kierunku usunięcia zła i wierzy, że oddala od siebie niebezpieczeństwo zapominając o nim.

Słabość dyscypliny instynków, słabość w tłumieniu wykroczeń, inercja wobec wzrastania zastępów przestępczych młodzieży bez należytego kierunku, pobłażanie w stosunku do wzrastającej nieuczciwości ludzkiej — oto co jest złym, grożącym zagładą krajowi, w razie gdyby mu się nie zapobiegało. Społeczeństwo składa się z małych i krótkowzrocznych ludzi. W epoce, kiedy inteligencja sama przez się nie wystarcza, kiedy charakter staje się czynnikiem najbardziej cennym i rzadkim, otoczenie składa się z ludzi upośledzonych moralnie.

A obecny kryzys ludzkości? — Nie jest on ani wyłącznie ekonomicznym, ani pieniężnym, ani też wyłącznie technicznym lub demograficznym. Mieści się on w nienaturalnym porządku, stworzonym przez brak prawdziwej moralności i fałszowanie istotnych wartości przez niższe instynkty. Groźba mieści się nietyle w stanie obecnym, ile raczej w tym, czego należy się obawiać w przyszłości. — Wszystko zależy od naszego młodego pokolenia, od pouczeń, które ono otrzymuje. Jeżeli nauczyciele tej młodzieży

zechcą, będzie wybawiona, w przeciwnym razie — może się stać gorszą od własnych rodziców. Za często jednak daje się spotykać nauczycieli, dbających o swoje prawa więcej, niż o swoje obowiązki. Za dużo ideologii przy braku ideału — jak mówi Bergson.

Tymczasem wychowanie przekształca dziedziczenie. Skauting naprawia wady rodziców i hartuje upośledzenie woli. Wysiłek zbiorowy, poczucie winy i kara, do której osobiście należy się przyznać, wreszcie usportowienie — wszystko to każe się cofać chorobom społecznym.

Kiedy człowiek zrozumie, że życie ułatwione jest błędem, za który się płaci, że korzyści automatyczne sterylizują, że podstęp nie jest pracą, że wreszcie higiena fizyczna i moralna jest sama przez się dobrobytem, gdy człowiek odnajdzie — jak to któregoś dnia żądał Gregorio Maranon — *„szlachetne i wysokie i życzenie cierpienia"* wtedy ludzkość będzie mogła mieć nadzieję organizowania się w pokoju.

Ale do tej chwili będzie trwało jej niepewne i wątpliwe jutro. Wiemy aż nadto dobrze, że wtedy kiedy zbiorowość podlega wyłącznie prawu ilości, działania jej wypływają z sumy interesów prywatnych oraz z konfliktów tych interesów. Potrzeba wiele cnoty i bezinteresowności, ażeby ją doprowadzić do rozsądku. Roztropność — twierdzi autor — to jest, mówiąc biologicznie, nie zawsze równość i nie zawsze wolność. To może być całkiem nowy porządek.

Lekarze jako zawodowi doradcy narodu czynni są nie tylko w kierunku zapobiegania chorobom, których można uniknąć, ale także i w kierunku określania najlepszych warunków pracy. Zaczynają pracować nad wyrobieniem orientacji zawodowej. Są oni — albo też powinni być — powoływani jako doradcy przez publicznych wychowawców.

Oby wydziały lekarskie mogły nareszcie zrozumieć te społeczne zadania, które im przypadają w udziale, oraz powodzenie, które ich oczekuje, o ile wpoją w swych uczniów zrozumienie, że obok spraw lekarskich i spraw ogólnych, które częściowo uzależnione są od ich nauki, przynosi naszemu zawodowi honor to dziwne ułożenie się obowiązków warstwami, obowiązków, które zaczynają się przy pojedynczym chorym a podnoszą — aż do służby dla ludzkości.